

Bruno Alexandre Gomes da Silva

**OPTAR PELO USO DE TERAPIAS ALTERNATIVAS E COMPLEMENTARES:
Representações Sociais da Medicina Alternativa e/ou Complementar e da
Medicina Oficial/Convencional**

Tese de Mestrado

2008

Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto

OPTAR PELO USO DE TERAPIAS ALTERNATIVAS E COMPLEMENTARES:

Representações Sociais da Medicina Alternativa e/ou Complementar e da
Medicina Oficial/Convencional

Bruno Alexandre Gomes da Silva

Dissertação apresentada na Faculdade de Psicologia e de
Ciências da Educação da Universidade do Porto,
para obtenção do grau de Mestre em Psicologia,
Especialização em Psicologia Social, elaborada sob a
Orientação da Professora Doutora Gabrielle Poeschl

2008

Resumo

A popularidade da Medicina Alternativa e Complementar (MAC) tem aumentado nos países ocidentais, sendo interessante notar que o crescimento da MAC esteja a ocorrer em países onde o método científico e a ciência ocidental são geralmente aceites como pilares dos cuidados de saúde e a prática baseada na evidência seja o paradigma dominante. A tomada de decisão de utilização de práticas da MAC torna-se relevante socialmente se atendermos que implica um pagamento não participado, que potencialmente contradiz o conselho médico e que a pessoa que o faz se submete a si própria a práticas e produtos que não foram necessariamente testados com rigor.

Utilizando o quadro teórico das representações sociais, esta investigação tem como objectivo genérico compreender as razões e motivações que subjazem à utilização das MACs, articulando-as com os elementos e estrutura das representações sociais da MAC e da Medicina Oficial/Convencional (MOC), e da análise das variações individuais ancoradas em realidades colectivas e psicológicas. A técnica de recolha de informação utilizada foi o questionário. Efectuaram-se análises descritivas e comparativas dos dados.

Os resultados mostram que os participantes desta investigação apoiaram a sua tomada de decisão de usar a MAC não tanto numa insatisfação face à MOC e mais em factores de atractividade para com a MAC. Parece haver menos diferenças relativamente à medicina nos utilizadores MAC do que nos não utilizadores. E as diferenças entre homens e mulheres parecem provir mais dos não utilizadores MAC do que dos utilizadores, de entre os quais as mulheres parecem ser mais favoráveis do que os homens às MACs. A crença na eficácia da MAC nas dimensões tratamento e prevenção da doença e promoção da saúde é maior nos utilizadores da MAC do que nos não utilizadores. Contudo, e ao contrário dos não utilizadores, os utilizadores da MAC não diferenciam a MAC e a MOC na sua eficácia para o tratamento das doenças.

Palavras-chave: representações sociais, medicina alternativa e complementar, medicina convencional

Abstract

The popularity of Complementary and Alternative Medicine (CAM) has increased in Western countries, and is interesting to note that the growth of CAM is occurring in countries where the scientific method and Western science are generally accepted as pillars of health care and practice based on evidence is the dominant paradigm. Deciding to use CAM becomes socially relevant given the fact that it involves a payment, which potentially contradicts the medical advice and that the person who does it takes the risk to practices and products that were not necessarily rigorously tested.

Using the theoretical framework of social representations, this research aims to understand the generic reasons and motives that underlie the use of CAM, articulating them with the elements and structure of social representations of CAM and Conventional Medicine (CM), and to analyse individual variations anchored in collective and psychological realities. We used questionnaires for the data collection. Descriptive and comparative analysis of data was used.

The results show that participants of this research supported its decision-making to use CAM not so much as a dissatisfaction in CM but on factors of attraction to the CAM. CAM users seem to identify fewer differences between CAM and CM than CAM non-users. The differences between men and women seem to come more from the CAM non-user than the users, from which women seem to be more favourable than men to CAMs. The belief in the efficacy of CAM on the dimensions and treatment of disease prevention and health promotion is higher in CAM users than in non-users. However, unlike the non-users, CAM users do not differentiate CAM and CM in its efficacy for the treatment of diseases.

Keywords: social representations, alternative and complementary medicine, conventional medicine

Résumé

La popularité de la Médecine Alternative et Complémentaire (MAC) a augmenté dans les pays occidentaux, et il est intéressant de remarquer que la croissance de la MAC soit en train de se produire dans des pays où la méthode scientifique et la science occidentale soient en règle générale acceptée comme piliers des soins de santé et que la pratique basée sur l'évidence soit le paradigme dominant. La prise de décision de l'utilisation des pratiques de la MAC prend une importante relevance socialement, si nous tenons compte qu'il implique un paiement non subventionné, qui potentiellement contredit le conseil médical et que la personne qui le fait est soumise elle-même à des pratiques et à des produits qui nécessairement n'ont pas été expérimentés avec rigueur.

En utilisant le cadre théorique des représentations sociales, cette recherche a pour objet générique comprendre les raisons et les motivations qui portent à l'utilisation des MACs, en les articulant avec les éléments et structure des représentations sociales de la MAC et Médecine Officielle et Classique (MOC), et de l'analyse des variations individuelles ancrées dans des réalités collectives et psychologiques. La technique de collecte d'informations utilisées a été le questionnaire. L'analyse de données a consisté à des analyses descriptives et comparatives. Les résultats montrent que les participants de cette recherche ont soutenu leur prise de décision d'utiliser la MAC non par raison d'une insatisfaction face à la MOC mais plus par des facteurs d'attraction envers la MAC. Il semble y avoir moins de différences à l'égard de la médecine dans les utilisateurs de la MAC que dans les non-utilisateurs. Et les différences entre les hommes et les femmes semblent venir plus des non-utilisateurs MAC que des utilisateurs, parmi lesquels les femmes semblent être plus favorables que les hommes aux MACs. La croyance dans l'efficacité de la MAC dans les dimensions traitement et prévention de la maladie et de la promotion de la santé est plus grande dans les utilisateurs de MAC que dans les non-utilisateurs. Néanmoins, et au contraire des non-utilisateurs, les utilisateurs de MAC ne différencient pas la MAC et la MOC dans leur efficacité pour le traitement des maladies.

Mots-clés : Représentations sociales, médecine alternative et complémentaire, médecine classique

AGRADECIMENTOS

À Professora Doutora Gabrielle Poeschl pela sua orientação, estímulo, apoio, permanente disponibilidade e generosidade...

Ao Professor Doutor José Marques pelo estímulo e pelas aulas cativantes...

Aos meus pais e família por tudo...

Aos meus amigos pelo que nos une... Maria, Tó, João, Marta, Victor, Jorge, Patrícia...

A todos os que tornaram a concretização deste projecto possível.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	13
 CAPÍTULO I - A TEORIA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS.....	16
1.1. A Teoria das representações sociais: ascendência e heurística	16
1.2. A noção de representação e o conceito das representações sociais	19
1.3. As Funções das representações sociais.....	22
1.4. Os Processos sócio-cognitivos na formação das representações sociais	23
1.5. Escolas de pensamento: a teoria do núcleo central e a teoria dos princípios organizadores das tomadas de posição	25
 CAPÍTULO II - MEDICINA OFICIAL/CONVENCIONAL E MEDICINA ALTERNATIVA E/OU COMPLEMENTAR.....	29
2.1. Tradições médicas ocidentais: mágica e racional	29
2.2. A Medicina Alternativa e/ou Complementar: a difícil definição	30
2.2.1. Definições por exclusão.....	30
2.2.2. Mudanças na terminologia.....	31
2.2.3. Medicina Alternativa, Complementar ou Integrada?.....	32
2.2.4. A classificação e hierarquização das terapias da MAC e seus contributos.....	34
2.3. O processo de regulamentação da MAC em Portugal: (o)posições, consensos, princípios e institucionalizações	38
2.4. Porquê utilizar a MAC?	42
2.4.1. A popularidade da MAC: Utilização e perfil do utilizador. Dimensão económica	43
2.4.2. Factores contributivos para o crescimento da MAC. De pacientes a consumidores?.....	45
2.4.3. MAC e MOC: pós-modernismo, globalização e prática baseada na evidência científica.....	49
2.5. Representações sociais das MACs.....	51
 CAPÍTULO III - METODOLOGIA DA INVESTIGAÇÃO	54
3.1. Grupos seleccionados	54
3.2. Questionário.....	55
3.3. Procedimento	56
3.4. Desenho experimental	57
3.5. Tratamento e análise dos dados	57
3.6. Hipóteses de estudo	60
 CAPÍTULO IV - RESULTADOS	63
4.1. Terapias da medicina alternativa e complementar.....	63

4.1.1. Análise descritiva	63
4.1.2. Análise da semelhança.....	65
4.1.3. Análise de frequências.....	65
4.2. Razões e motivações evocadas para a utilização - e não utilização - das terapias alternativas e complementares	67
4.3. Representação da Medicina Oficial/Convencional e da Medicina Alternativa e/ou Complementar e ancoragem sociológica	71
4.4. Vantagens e Desvantagens da Medicina Oficial/Convencional e da Medicina Alternativa e/ou Complementar.....	76
4.5. Representação da saúde e doença	82
4.6. Avaliação subjectiva da eficácia.....	84
 CAPÍTULO V - CONCLUSÕES	 90
 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	 93
 Anexos	 106

LISTA DE ABREVIATURAS

MAC Medicina Alternativa e/ou Complementar

MOC Medicina Oficial/Convencional

NCCAM National Centre for Complementary and Alternative Medicine

ÍNDICE DE QUADROS

QUADRO 1	Distribuição dos sujeitos pelas condições experimentais.....	57
QUADRO 2	Terapias da Medicina Alternativa e Complementar: Fluidez, Amplitude e Riqueza dos campos semânticos.....	64
QUADRO 3	Semelhança dos campos semânticos segundo o Índice de Ellegard.....	65
QUADRO 4	Terapias da medicina alternativa e complementar: Frequências de evocação e valores do qui-quadrado, quando significativos.....	66
QUADRO 5	Razões e motivações evocadas para a utilização das terapias alternativas e complementares.....	68
QUADRO 6	Razões e motivações evocadas para a não utilização das terapias da medicina alternativa e complementar.....	70
QUADRO 7	Medicina Oficial/Convencional e Medicina Alternativa/Complementar: Frequências de evocação por prática e sexo do respondente. Valores do qui-quadrado, quando significativos.....	73
QUADRO 8	Vantagens da Medicina Oficial/Convencional e Medicina Alternativa/Complementar: Frequências de evocação por prática e sexo do respondente. Valores do qui-quadrado, quando significativos.....	77
QUADRO 9	Desvantagens da Medicina Oficial/Convencional e Medicina Alternativa/Complementar: Frequências de evocação por prática e por pertença sexual. Valores do qui-quadrado, quando significativos.....	80
QUADRO 10	Representação de Saúde: Categorias e frequências de evocação.....	83
QUADRO 11	Representação de Doença: Categorias e frequências de evocação.....	83

ÍNDICE DE FIGURAS

FIGURA 1	Eficácia de cada tipo de medicina na prevenção da doença (1 = discordo totalmente; 9 = concordo totalmente).....	85
FIGURA 2	Eficácia de cada tipo de medicina na promoção da saúde (1 = discordo totalmente; 9 = concordo totalmente).....	86
FIGURA 3	Eficácia de cada tipo de medicina no tratamento das doenças (1 = discordo totalmente; 9 = concordo totalmente)	87

INTRODUÇÃO

INTRODUÇÃO

O ser humano é provavelmente a única espécie que procura ajuda fora da sua esfera familiar para os seus problemas de saúde. A fragilidade da vida e vontade de a combater, tem contribuído para que ao longo da história humana emergjam formas diferenciadas de entender as causas da saúde e da doença, bem como dos métodos e acções considerados eficazes para a alcançar e ultrapassar, respectivamente.

No caso da Medicina Alternativa e Complementar (MAC), a sua popularidade tem aumentado nos países ocidentais, sendo interessante notar que o crescimento da MAC esteja a ocorrer em países onde o método científico e a ciência ocidental são geralmente aceites como pilares dos cuidados de saúde e a prática baseada na evidência seja o paradigma dominante.

Embora se reconheça que a decisão de consultar um terapeuta da MAC ou de comprar um produto natural ou medicamento MAC não é um fenómeno novo, o facto de a decisão de recorrer a este tipo de medicina já não estar restrita a um pequeno grupo de entusiastas e se ter tornado popular levanta interrogações e tornam-no um objecto com elevado relevo social. A tomada de decisão de utilização de práticas da MAC torna-se ainda mais significativa, e com extenso relevo social, se atendermos que implica um pagamento não participado, que potencialmente contradiz o conselho médico e que a pessoa que o faz se submete a si própria a práticas e produtos que não foram necessariamente testados com rigor.

Neste contexto, procuramos compreender as razões e motivações que subjazem à utilização das MACs, articulando-as com os elementos e estrutura das representações sociais da MAC e da Medicina Oficial/Convencional (MOC), e da análise das variações individuais ancoradas em realidades colectivas e psicológicas.

Espera-se que o ampliar dos conhecimentos neste campo possa reforçar a compreensão dos diversos agentes, directa ou indirectamente envolvidos com a MAC, sobre os

utilizadores das terapias alternativas e complementares, assim como fornecer indicadores que favoreçam a comunicação entre os profissionais de saúde e os utilizadores de MAC sobre a sua prática da MAC, e contribuir para o aprofundamento do debate sobre as melhores práticas para protecção dos vários direitos dos cidadãos, envolvidos nesta temática.

A estrutura do nosso trabalho é constituída por cinco capítulos. No capítulo I enquadrámos a Teoria das Representações sociais referindo, a sua ascendência e heurística, as funções das representações sociais, os processos de formação das representações sociais e as escolas de pensamento.

No capítulo II procuramos definir o objecto do nosso estudo e contextualizamos a sua inserção como objecto social polémico. Apresentamos várias definições e taxinomias da MAC e seus contributos, uma breve revisão histórica até ao presente do processo de regulamentação em Portugal, estudos e indicadores de popularidade e alguns factores explicativos do crescimento da MAC.

O capítulo III descreve a metodologia utilizada na realização do estudo empírico e os objectivos da investigação.

O capítulo IV diz respeito à investigação empírica propriamente dita. Apresenta-se os resultados de acordo com as partes do questionário e objectivos do estudo.

Por último, o capítulo V expõe as conclusões finais do trabalho.

CAPÍTULO I

A TEORIA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS

“...não hesito em afirmar, ainda hoje, que considero sempre a verdade como o ethos do conhecimento e do meu trabalho”

Moscovici, 1994

CAPÍTULO I

A TEORIA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS

1.1. A Teoria das representações sociais: ascendência e heurística

Independentemente das eras históricas da humanidade e das formas predominantes de olhar o indivíduo, a sociedade e a relação entre ambos, o entendimento do comportamento individual e colectivo dos seres humanos permanece como um desafio constante às teorias emergentes historicamente. Numa era em que assistimos a um constante questionar das nossas realidades e certezas enquanto indivíduos inseridos numa sociedade célere nas suas mudanças, somos levados a interrogar-mo-nos sobre as “verdades” que a/nos norteiam, a multiplicidade de valores e crenças que permeiam os diferentes ambientes sociais, bem como sobre as situações interaccionais decorrentes entre o pólo individual e societal.

Quase metade de um século passou desde a publicação do livro de Moscovici (1961,1976) sobre as representações sociais da psicanálise, o que representou uma viragem na forma como se passou a investigar e a entender os fundamentos do conhecimento social. Com a sua obra, Moscovici renovou a ideia de que os indivíduos e os grupos, as organizações e as sociedades possuem a capacidade de pensar e construir a realidade social onde estão inseridos o que representou para a psicologia social uma nova forma de perspectivar o comportamento individual e colectivo.

Frequentemente o estabelecimento de um conceito ocorre numa ciência e o desenvolvimento da teoria processa-se em outra ciência (Jodelet, 1986). Por exemplo, a noção de gene emergiu da genética e o seu desenvolvimento teórico elaborou-se na biologia molecular. Similarmente, o conceito de representações colectivas estabeleceu-se na sociologia no final do século XIX (Durkheim, 1898, 1996), após o que se seguiu um longo período onde permaneceu no esquecimento, até Moscovici (1961, 1976) o ter

reabilitado e elaborado a teoria das representações sociais. É, portanto, a partir dos trabalhos do sociólogo Emile Durkheim que Moscovici desenvolve o conceito das representações sociais. Para Durkheim (1898, 1996) existiam duas fontes de influência sobre o modo de actuar e pensar dos indivíduos: a consciência individual e a consciência colectiva sendo a primeira organizada por representações individuais e a segunda por representações colectivas (Poeschl, 2003). A partir da combinação das “sensações” - fenómeno mais elementar da vida social - produzir-se-iam ideias e crenças complexas, ou seja, as representações individuais. Da organização social e das interacções entre os indivíduos no interior dessa organização produzir-se-iam valores que se sobreporiam às consciências individuais e que gerariam uma consciência colectiva (Marques, 2004). Impregnando, assim, de forma inconsciente, as representações individuais, as representações colectivas, entendidas como as crenças, os valores e os sentimentos comuns aos membros de uma sociedade, determinariam a forma como os indivíduos pensam, sentem, representam o mundo e comunicam entre si (Poeschl, 2003). As representações colectivas surgem, assim, envoltas num determinismo social que não reconhece aos indivíduos a capacidade de espontaneidade e criação. Transmitidas e impostas pela sociedade, independentemente das condições concretas em que os indivíduos se encontrem, e exercendo uma pressão extensível no tempo e no espaço sobre a consciência individual, as representações colectivas permitiriam, desta forma, que os indivíduos pensassem e agissem uniformemente, o que conduz à constatação de que, na perspectiva de Durkheim, o conceito de representação colectiva é estático, opõe o pensamento individual ao pensamento social (Poeschl, 1992, 2003) atribuindo ao colectivo um primado sobre o indivíduo (Herzlich, 1972).

Embora exista uma continuidade entre o estudo das representações colectivas de Durkheim e o estudo moderno de Moscovici sobre as representações sociais, existem diferenças que distinguem os conceitos. Uma diferença tem origem no pluralismo das sociedades modernas e na rapidez com que as mudanças culturais, políticas e económicas nela se processam e as distinguem das sociedades estudadas por Durkheim (Farr, 1994). Pelo facto de o estatismo característico das representações colectivas não dar conta deste dinamismo social, Moscovici (1961, 1976) propõe o estudo das representações sociais, salientando a possibilidade das suas diversas origens e caracterizando-as como dinâmicas e em constante adaptação. Uma segunda diferença encontra-se no âmbito epistemológico da história da psicologia social, e emerge da

síntese entre o nível individual e colectivo que o conceito de representações sociais é capaz de produzir. Como afirma Marques (2004),

Os estudos de Moscovici sobre as representações sociais, conciliaram as perspectivas inicialmente divergentes de Durkheim e Tarde, num só modelo capaz de aliar a influência do colectivo sobre o indivíduo e o papel construtivo do indivíduo na formação de crenças e valores colectivos (Marques, 2004, p. 51).

O papel construtivo do sujeito no modelo de Moscovici possibilita a articulação com a perspectiva de Mead (1934) quanto ao entendimento dos seres humanos enquanto construtores da realidade que interpretam cognitivamente/simbolicamente as ocorrências exteriores – a noção de construção corresponde ao estatuto epistemológico do conceito de representação atribuído por Moscovici, (Vala, 2004) – e na importância atribuída à interacção social como indissociável da construção da sociedade e do indivíduo. De facto, para Moscovici (1989) a interacção é central na qualificação de uma representação como social, “...ce que permet de qualifier de sociales les représentations, ce sont moins leurs supports individuels ou groupaux que le fait qu’elles soient élaborées au cours de processus d’échanges et d’interactions” (Codol 1982, p.2 *cit in* Moscovici 1989, p. 82), e é através das comunicações estabelecidas no decorrer das interacções sociais que os processos de troca ocorrem, podendo o individual tornar-se social ou vice-versa. Ao ultrapassar a polémica da mútua exclusividade entre as explicações psicológicas de Tarde e sociológicas de Durkheim, e ao demarcar-se da questão de “quem” produz uma representação, a teoria das representações sociais delineou uma nova perspectiva que incide mais em saber “porque” são construídas as representações sendo que o “...adjetivo «social» hace, de esta forma, saliente la función de estas representaciones y la pone por encima de cualquier otra consideración” (Poeschl, 2003, p. 447). Entendida desta forma, a teoria das representações sociais destaca um nível de análise que entende os indivíduos nas suas pertenças sociais e em actividades de comunicação, e a representação na sua eficácia social e funcionalidade (Vala, 2004).

1.2. A noção de representação e o conceito das representações sociais

A noção de representação pode ser entendida a partir de duas perspectivas (Vala, 2004). A primeira explicita-a como o reflexo interno (reprodução mental) do mundo e dos outros exteriores a nós, distinguindo claramente entre sujeito e objecto; a segunda considera-a como uma construção onde sujeito e objecto se encontram interligados. Conhecer um objecto é entendido como um acto activo de reconstrução - não de reprodução - onde a representação se assume, simultaneamente, como processo que permite a integração do objecto no nosso universo interior e como o produto que resulta da transformação desse mesmo objecto, através de uma actividade cognitiva que tem por base os nossos saberes e experiências (Poeschl, 2003). O objecto reconstrói-se segundo um duplo processo figurativo e conceptual, através da qual a actividade cognitiva torna o objecto tangível numa figura e o remete para uma constelação conceptual, fornecendo-lhe significação (Valentim, 1997). É nesta segunda perspectiva (sobre a representação como processo e produto desse processo) que se enquadra o conceito das representações sociais.

As representações sociais têm a sua origem na vida quotidiana, resultando das interacções sociais, estando-lhes associado um processo dinâmico e de permanente adaptação que reflecte a influência da sociedade no pensamento dos indivíduos e o inverso. As representações sociais são, deste modo, entendidas por Moscovici (1961,1976) como um conjunto de expressões simbólicas e comportamentos que se articulam entre os indivíduos e o contexto social em que estes se inserem. O processo de elaboração contínua do conhecimento acerca dos objectos sociais desenvolve-se no seio de grupos sociais que, pelas suas características particulares darão lugar a conteúdos representacionais específicos. Deste modo, Moscovici (1981) definiu as representações sociais como um conjunto de proposições, conceitos e explicações, originado na vida quotidiana, no decorrer das comunicações interindividuais, e que se estrutura de acordo com as normas, crenças e práticas dos grupos sociais. Por seu lado, Jodelet (1986), destacando a função das representações sociais, define-as como “...uma forma de conhecimento, socialmente elaborada e partilhada, que tem um objectivo prático e concorre para a construção de uma realidade comum a um conjunto social.” (p.474).

As representações sociais correspondem a representações de objectos sociais importantes que são sempre representações de qualquer coisa para alguém. Distinguindo-se dos valores e das ideologias, que são sistemas simbólicos muito abrangentes e genéricos, inseridos em padrões de pensamentos mais perenes, as representações sociais não existem sem sujeito e sem objecto específico (Valentim, 1997). A partir da necessidade de clarificação e contextualização do(s) objecto(s) de estudo da Teoria das representações sociais, com base nos distintos tempos da contextualidade das práticas sociais, Moscovici (1988) distinguiu três tipos de representações sociais: hegemónicas, emancipadas e polémicas. As primeiras correspondem às representações que podem ser partilhadas por todos os membros de um grupo altamente estruturado – partido, cidade ou nação – sem que tenham sido produzidas pelos grupos, prevalecendo implicitamente em todas as práticas simbólicas ou afectivas. Assumem-se como coercivas e uniformes, reflectindo a homogeneidade e estabilidade associadas ao conceito de representações colectivas. Por sua vez, as representações emancipadas designam as representações que emergem da circulação de ideias e conhecimentos pertencentes a subgrupos que estão em contacto. Cada um dos subgrupos cria a sua representação e partilha-a, assumindo estas um certo grau de autonomia e uma função de complementaridade, como no caso das representações da doença mental, em que as experiências e conceitos dos médicos, profissionais paramédicos e leigos se associam com as da população. Por último, às representações sociais que são elaboradas através do conflito e da controvérsia social, e que a sociedade no seu todo não partilha, Moscovici designa-as por polémicas. Entendidas no contexto de uma oposição ou luta entre grupos, são determinadas por relações antagonistas e planeadas para serem mutuamente exclusivas. Segundo Moscovici (1988, p. 221):

Estas distinções enfatizam a transição do conceito de representação colectiva como uma visão uniforme para uma visão diferenciada das representações sociais, a qual está mais próxima da nossa realidade. Os contrastes entre diferentes espécies de relações sociais são mais significativos do que aquele entre o elemento social e individual. Isto é precisamente o que eu quis realçar pela escolha que fiz das palavras. Uma representação muda inquestionavelmente de uma esfera para outra quando toma forma, e o ponto de vista do observador joga uma parte importante. Mas estas transformações são um sintoma crucial do estado da sociedade.

Nas representações sociais controversas, as diferenças de implicação numa problemática, de acesso à informação e de pressão para o consenso dentro dos grupos, reflectem-se nas diferentes representações elaboradas pelos grupos que se relacionam com o mesmo objecto social. Cada representação apresentará, segundo Moscovici (1961,1976) três dimensões: a informação, o campo representacional e a atitude. A informação corresponde à soma da quantidade de informação que um grupo detém acerca de um objecto social e do seu grau de qualidade. O campo representacional diz respeito à organização dos elementos da representação e engloba as afirmações, os julgamentos e as relações com grupos ou indivíduos. A atitude refere-se à orientação global, positiva ou negativa, relativamente ao objecto da representação, tal como é manifestada explícita ou implicitamente na tomada de posição face ao objecto social. A atitude é a mais frequente, e será muito provavelmente a primeira das três dimensões, como evidenciam os casos em que está presente, apesar da informação ser reduzida e o campo representacional estar pouco estruturado (Poeschl, 2003).

Paralelamente à influência das variáveis mencionadas anteriormente, a estrutura das representações sociais também traduz a influência de diferentes processos de comunicação. Ao analisar três tipos de publicações ligadas a três grupos da sociedade francesa, respectivamente, imprensa comunista, católica e jornais e revistas de circulação nacional direccionados para o grupo urbano/liberal, Moscovici (1961, 1976) verificou que diferentes processos de comunicação conduzem a diferentes formas de representação da psicanálise. O autor identificou três processos de comunicação: difusão, propagação e a propaganda. Doise (1989 *cit in* Poeschl, 2003) resume-os da seguinte forma: a) o processo de difusão, característico dos jornais e revistas de circulação nacional oferecia escassa ou nenhuma resistência à psicanálise. As comunicações limitavam-se a veicular a informações recebidas de especialistas e o seu objectivo era a criação de um saber comum ao público a que se destinavam; b) a propagação correspondia à forma de comunicação do meio católico e caracterizava-se por um nível intermédio de resistência à psicanálise. Dado que o grupo católico teria uma crença a propagar, procuraria produzir uma visão do mundo organizada através da acomodação dos outros saberes ao seu quadro de referência; c) a propaganda, era o processo de comunicação transmitido pela imprensa comunista e apresentava um nível forte de resistência à psicanálise. O objecto social “psicanálise” era inserido no interior

das relações sociais conflituosas, fazendo-se salientar a incompatibilidade existente entre a visão do mundo do grupo e a dos defensores da psicanálise.

Quando, numa comunicação real ou simbólica, o indivíduo se identifica com um dos seus grupos de pertença, as representações sociais que são específicas aos diferentes grupos sociais (ou atributos do grupo), podem ser encaradas, também, como formas organizadas de representações individuais (Poeschl, 2001). No entanto, como salienta Poeschl (2003, p. 446):

...qualquier objeto no es objeto de representationes sociales y que tampoco todos los grupos son relevantes para evidenciar diferencias de representationes. La importancia que la teoría das representationes sociales atribuye a los contenidos implica que es esencial identificar los grupos que vehiculam una representación determinada, situar su contenido en el espacio y en el tiempo y en un contexto sociohistórico concreto. En efecto, las representationes sociales se generan para desempeñar funciones específicas.

1.3. As Funções das representações sociais

No estudo sobre a representação social da psicanálise em diversos grupos da sociedade francesa, Moscovici (1961,1976) observou que os conceitos não familiares da teoria psicanalítica eram transformados em algo familiar, apresentando uma dimensão cognitiva de compreensão e explicação que permitia que as pessoas comunicassem sobre a psicanálise e aplicassem os conceitos psicanalíticos a outros objectos sociais. A par da função de transformação de conceitos abstractos em saberes ou conhecimentos familiares - permitindo a criação de um saber comum que possibilita a comunicação - , outra função das representações sociais, identificada por Moscovici (1961,1976), é a de adaptação dos conceitos às normas e aos valores dos grupos de modo a justificar os comportamentos, formas de pensamento e as relações mantidas com outros grupos.

Posteriormente à obra de Moscovici, Mugny e Carugati (1985) verificaram, através do estudo das representações sociais da inteligência, que a representação era formada e estruturada de forma a permitir a manutenção ou a aquisição de uma identidade social e pessoal positiva.

Outra das funções identificadas, prende-se com o facto de as representações sociais permitirem a orientação das atitudes, dos comportamentos e das relações entre grupos. De acordo com Poeschl (2003), a forma como cada um dos grupos se apropria de um dado objecto social é modulada pelas relações existentes entre os grupos, e o modo como cada grupo integra e utiliza o objecto influi nas relações sociais. Jodelet (2005) foi uma das investigadoras que estudou esta função, mostrando como as diferentes representações da doença mental elaboradas pelas pessoas de uma pequena comunidade rural francesa influem nas práticas adoptadas para com os doentes psiquiátricos.

1.4. Os Processos sócio-cognitivos na formação das representações sociais

Moscovici (1961, 1976) refere os dois processos que estão na base da formação das representações sociais: a objectivação e a ancoragem. Estes são processos sócio-cognitivos através dos quais os indivíduos e os grupos constroem o conhecimento face a um objecto social. São processos articulados, simultâneos, que permitem entender como a transformação que faz dos conhecimentos que circulam pela sociedade adquiram novos significados, dotando-os, deste modo, de uma funcionalidade prática - possibilitam a comunicação e a acção social (Jodelet, 1986). É através da construção de uma imagem (objectivação) e do seu significado que o indivíduo vai comunicar a sua representação. Essa actividade construtiva vai-se estruturando à medida que o indivíduo vai adquirindo informação sobre o objecto, utilizando critérios de selecção da informação e de classificação de objectos não familiares que, não se podem separar das ancoragens a que os indivíduos se referenciam.

O processo de objectivação traduz a forma como um esquema conceptual adquire materialidade, ou seja, como se torna real, e exprime a forma como se organizam os elementos constitutivos da representação (Vala, 2004). Segundo Jodelet (1986), a objectivação desenvolve-se em três fases. A primeira fase consiste na selecção das ideias, palavras, e dos elementos que circulam acerca do objecto social. O tipo de informação por que se opta é determinado de acordo com critérios culturais e normativos. Na segunda fase efectua-se a organização das informações seleccionadas, que Jodelet designa por esquematização estruturante e Moscovici (1961, 1976) como núcleo figurativo. As informações são organizadas num padrão de relações estruturadas

possuidoras de uma dimensão figurativa ou imagética, o esquema figurativo, que dá visibilidade ao objecto (materialidade), podendo ser projectado para o exterior, permitindo, deste modo, o processo de comunicação relativamente ao que ele representa. Por último, na fase da naturalização, elaboram-se categorias naturais constituídas pelo núcleo figurativo, por outras palavras, os conceitos tornam-se categorias naturais adquirindo materialidade. O conceito abstracto torna-se uma categoria concreta (objectiva e observável) e, assim, o que era percepção torna-se realidade (Vala, 1993).

A ancoragem tem um papel fundamental na formação de diferentes representações acerca do mesmo objecto social, e é entendido como um processo que “permite a algo de não familiar e perturbador, que excita a nossa curiosidade, de ser incorporado na nossa rede de categorias” (Moscovici, 1981, p.193 *cit in* Poeschl, 2003, p. 450). Corresponde à incorporação de novos elementos de saber numa rede de categorias mais familiares (Doise, 1990), na qual, as categorias sociais de pertença dos indivíduos desempenham um papel determinante. O objecto social é reconstruído no interior dos grupos sociais, de acordo com as suas características, saberes e experiências, dando origem a representações diferentes em função dos grupos. Segundo Vala (1993), a ancoragem permite a inserção das representações sociais na dinâmica social, implicando também a transformação das representações já constituídas, o que se traduz numa redução do novo ao velho e na reelaboração do velho tornando-o novo.

Tal como a objectivação, o processo da ancoragem pode ser decomposto em três fases: selecção, conotação e esquematização (Vergès, 1989). Na fase de selecção, além de se seleccionar um pequeno número de elementos que simplificam o objecto associam-se, por analogia, estes elementos a outros já existentes na nossa rede de categorias, fornecendo, assim, ao novo objecto uma significação. Na segunda fase, conotação, os elementos seleccionados na fase anterior formam uma rede de significados mais ampla (por exemplo, associação do objecto a um grupo social) que definem o objecto. No entanto, ao ser integrado no pensamento do grupo, tanto o objecto integrado como as categorias que com eles se relacionam são modificadas (Poeschl, 2003). Por último, na fase da esquematização, o objecto ancorado transforma-se numa linguagem comum, num código; a representação transforma-se num instrumento que permite classificar as pessoas e os acontecimentos, e elaborar tipologias para avaliar e posicionar pessoas e

grupos (Jodelet, 1986). De acordo com Vergès (1989), as fases constitutivas da ancoragem ocorrem em situações sociais específicas, ou por outras palavras, são três processos cognitivos integrados em dois processos sociais: a experiência prática dos indivíduos, definida em função da sua posição social; e o trabalho realizado pela sociedade sobre as significações, quer ao nível do debate ideológico e cultural, quer nos termos das matrizes culturais de interpretação transmitidas por um conjunto de instituições que visam manter as estruturas sociais.

De seguida abordaremos as duas Escolas de pensamento mais representativas dos trabalhos sobre as representações sociais: a escola de Provença e a Escola de Genebra. Se a Escola de Provença coloca a sua ênfase na vertente cognitiva das representações sociais e realiza os seus trabalhos com base no processo da objectivação, a Escola de Genebra focaliza-se os seus estudos na ancoragem e o aspecto social é o que merece mais atenção.

1.5. Escolas de pensamento: a teoria do núcleo central e a teoria dos princípios organizadores das tomadas de posição

Na perspectiva da Escola de Provença (Teoria do núcleo central) uma representação social é formada por vários elementos, constituindo dois sistemas: um sistema central e um sistema periférico (Abric, 1994). A representação social é entendida como um conjunto organizado de cognições sobre um objecto, compartilhado pelos membros de um grupo em relação com ele e que se organiza em torno dos elementos centrais. Deste modo, na organização da representação “...não apenas os elementos da representação são hierarquizados, mas além disso toda a representação é organizada em torno do seu núcleo central, constituído por um ou mais elementos que dão à representação o seu significado” (Abric, 1994, p.19). O sistema central, constituído pelo núcleo central, apresenta, assim, características de coerência e consensualidade, funcionando como elemento gerador - do sentido e valor dos outros elementos – organizador – dos laços que unem os elementos da representação - e estabilizador da representação, pois é o que define a estrutura e a sua significação. O núcleo central é determinado por dois factores: a natureza do objecto representado e a relação que o grupo mantém com esse objecto.

Assim, segundo Abric (1987 *cit in* Poeschl, 2003) o núcleo central contém em si elementos normativos que orientam os julgamentos, os estereótipos e as opiniões do grupo, e elementos funcionais que orientam, justificam e implicam os comportamentos. De acordo com Poeschl (2003), à luz da formulação inicial de Moscovici, o sistema central é constituído pelos elementos, que seleccionados através da objectivação, formam o esquema figurativo. Por seu turno, o sistema periférico é flexível e adaptativo. Os elementos periféricos promovem a adaptação ao contexto e têm a função de protecção do núcleo central de uma representação, bem como, prescrevem práticas e permitem a integração de variações individuais.

A Escola de Genebra (Teoria dos princípios organizadores) define as representações sociais enquanto “ princípios geradores de tomadas de posição relacionadas com posições específicas no conjunto das relações sociais, organizando os processos simbólicos intervenientes nessa relações” Doise (1985, p. 246 *cit in* Poeschl, 2003) ou de forma muito geral “...como princípios organizadores das relações simbólicas entre indivíduos e grupos” (Doise, 2002, p. 67). Concretizando, os estudos das representações sociais devem analisar as regulações efectuadas pelo metassistema das relações sociais simbólicas no sistema cognitivo dos indivíduos (Doise, 1990). Para esta escola, os princípios organizadores da representação social situam-se na articulação entre as dinâmicas sociais e as dinâmicas cognitivas individuais, salientando-se o efeito da vivência individual, das ideologias e da posição do grupo na estrutura social, na elaboração e expressão das representações. Assim, o estudo das representações sociais preconizado recorre a três hipóteses importantes (Doise, 2002). A primeira hipótese considera que os membros de uma dada população partilham certas opiniões comuns acerca de um objecto social. As representações sociais formam-se nas relações de comunicação, que por sua vez pressupõem um quadro de referência comum. Assim, o estudo das representações sociais consistirá, em primeiro lugar, na identificação dos elementos da base comum aos indivíduos e grupos estudados, e na descrição da sua organização (objectivação). Dado que a teoria não exclui que os indivíduos de uma mesma população que partilham quadros de referência comuns possam diferir entre si nas relações que estabelecem com as representações, porque as suas inserções sociais ou situações sociais nunca são totalmente idênticas, a segunda hipótese remete para a natureza das diferenças de posição individuais no campo da representação. Como consequência, torna-se necessário proceder à análise das dimensões face às quais os

indivíduos adoptam posições diferentes. Por último, na terceira hipótese, a teoria considera que as diferenças individuais são ancoradas em realidades colectivas. A ancoragem tem sido estudada de três maneiras diferentes: ao nível psicológico, psicossociológico e sociológico (Doise, 1992). Estes três níveis de ancoragem, não significam, no entanto, que existam três tipos de ancoragem, mas sim três maneiras de analisar o modo como o funcionamento cognitivo é influenciado pelo metassistema das regulações sociais (Poeschl, 2003). A ancoragem psicológica realça as ligações entre as variações das tomadas de posição num campo de representações e as variações em termos de crenças, valores, experiências pessoais e de atitudes. A ancoragem psicossocial evidencia que as diferenças observadas nas representações sociais podem ser explicadas por ancorarem nas percepções que os indivíduos elaboram das suas relações entre si e entre grupos e categorias que os implicam. Por outras palavras, no estudo da ancoragem psicossocial, salienta-se que a ligação entre representações sociais e grupos sociais é mediada pelas relações sociais que são salientes aquando da evocação de um objecto implicativo (Doise, Clémence & Lorenzi-Cioldi, 1992). A ancoragem sociológica permite identificar as ligações entre posições ou pertenças sociais e as modulações nas tomadas de posição num campo de representações, explicando as diferenças observadas nas representações pela ancoragem em grupos ou categorias sociais específicas. As pertenças sociais partilhadas possibilitam interacções e experiências específicas, as quais modulam as tomadas de posição de natureza simbólica.

Se as representações dos objectos sociais são sempre representações de algo para alguém, moldadas pelas relações entre os grupos e pelos processos de comunicação que se usam para falar destes objectos, parece muito provável que existam várias representações da medicina alternativa e complementar. No capítulo seguinte abordamos algumas das problemáticas que opõem, entre outros, os defensores da medicina alternativa e complementar e da medicina oficial/convencional.

CAPÍTULO II

MEDICINA OFICIAL/CONVENCIONAL E MEDICINA ALTERNATIVA E/OU COMPLEMENTAR

*“ The increasing use of complementary and alternative medicine within industrialised, ‘advanced’
Western nations presents itself as something of an enigma.”*

Ian D. Coulter & Evan Willis, 2004

CAPÍTULO II

MEDICINA OFICIAL/CONVENCIONAL E MEDICINA ALTERNATIVA E/OU COMPLEMENTAR

2.1. Tradições médicas ocidentais: mágica e racional

Na história da cultura ocidental identificam-se, tradicionalmente, duas tradições médicas: a mágica e a racional (Carvalho, 2004). Na primeira, a atribuição da doença a causas sobrenaturais – predominante nas sociedades ditas “primitivas” e na Antiguidade pré-clássica – circunscreve o agente causador da doença ao universo dos espíritos e dos seres transcendentais, e cuja cura adviria da acção de alguém especialmente habilitado a intervir neste mundo. Com a atribuição da doença a causas orgânicas assiste-se ao nascimento da medicina racional. Resultado do trabalho e da sistematização elaborada por Hipócrates de Cós, a medicina racional afirma-se na Antiguidade Clássica e desenvolve-se com forte impacto a partir do século XVI, com a descoberta da circulação sanguínea (William Harvey, 1578-1657) e a concepção dualista do ser humano de Descartes (1596-1650). A concepção do corpo humano à semelhança de uma máquina, acompanhará o crescimento e desenvolvimento da medicina ocidental até à actualidade, permitindo suportes teóricos e práticos que nos possibilitaram assistir aos incríveis avanços nos conhecimentos sobre o funcionamento do nosso corpo, assim como na utilização de medicamentos, cirurgias, próteses, entre outras descobertas.

Durante o período compreendido entre o início do século XIX e a actualidade, dois paradigmas regeram a medicina ocidental: o clássico e o do século XX (Bates, 2002). O paradigma clássico, dominante no início do século XIX, correspondeu ao período da prática da medicina “heróica”, uma distante descendente da tradição Hipocrática-Galénica. Em meados do século XIX começa a emergir um novo modelo médico, a medicina “moderna” - também denominada de “científica” ou “biomédica” -, que

acabaria por dominar indiscutivelmente todas as práticas médicas, durante quase todo o século XX. É no final do século XX que o recurso a terapias alternativas e complementares emerge como fenómeno de relevância social.

2.2. A Medicina Alternativa e/ou Complementar: a difícil definição

2.2.1. Definições por exclusão

A tentativa de compreensão da Medicina Alternativa Complementar (MAC) confronta-se com uma dificuldade imediata que advém do facto de não possuir uma definição uniforme. As definições mais correntes entendem a MAC de forma negativa, ou seja, pelo o que não é quando comparada com a Medicina Oficial Convencional (MOC). Assim, para Eisenberg *et al.* (1993) a MAC é definida como o conjunto de sistemas terapêuticos que não são ensinados nas instituições de formação médica e, para Jonas (1997), que também não estão disponíveis, geralmente, nos hospitais. A British Medical Association (BMA, 1993) definia-a como “formas de tratamento que usualmente não são utilizadas pelos profissionais de saúde ortodoxos...competências que não fazem parte do curriculum da formação graduada dos cursos de medicina...”. Contudo, à medida que a MAC é incluída no currículo das escolas médicas e na prática médica a distinção torna-se problemática. Para a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2002) a MAC corresponde a formas de cuidados de saúde que não se encontram inseridas nos sistemas nacionais de saúde e que não fazem parte da tradição do país.

De acordo com o *National Centre for Complementary and Alternative Medicine* (NCCAM, 2006, p. 2)

A MAC...é constituída por diversos sistemas, práticas e produtos médicos e de cuidados de saúde que actualmente não são considerados parte da medicina convencional. (...) Embora exista evidência científica que comprova a validade de algumas terapias da medicina alternativa e complementar, para a maioria ainda não foram encontradas respostas - quanto à sua segurança e adequação face às condições ou doenças para as quais são utilizadas - através de estudos científicos credíveis (tradução nossa)

Para o Office of Alternative Medicine (OAM) dos Estados Unidos a MAC é

...um conjunto amplo de recursos que abrangem todos os sistemas, modalidades e práticas de cuidados de saúde, bem como as respectivas teorias e crenças subjacentes, que não se encontram inscritos no sistema de saúde politicamente dominante de uma sociedade em particular em um dado momento histórico. A MAC é constituída por todas as práticas e teorias autodefinidas pelos seus terapeutas como prevenindo ou tratando a doença ou promovendo a saúde e o bem-estar. As fronteiras entre as MACs, e destas com o sistema vigente, nem sempre são precisas ou fixas.” (O’Connor *et al.*, 1997) (tradução nossa)

Todas estas definições realçam a tendência para definir a MAC como o que está excluído da MOC, embora não sejam iguais entre si. A definição da OAM sugere que a exclusão ou inclusão de determinadas práticas de cuidados nos sistemas de saúde é principalmente uma questão política, que varia de tempos a tempos e de cultura em cultura. Se consideradas conjuntamente, torna-se possível entender que o modo como estas definições operam não corresponde necessariamente à visão dos terapeutas da MAC. Implicam que a MOC seja predominante e que o processo de incorporação de uma terapia da MAC se estabeleça através dos critérios utilizados pela medicina convencional. A segunda frase na definição proposta pela OAM visa acautelar a posição dos elementos envolvidos na prática terapêutica das MACs.

2.2.2. Mudanças na terminologia

A análise histórica da semântica em medicina atribui à linguagem um papel fundamental na luta pela autoridade e competências por parte da comunidade médica (Jutte, 2001). No contexto do século XIX, quando a profissão médica tentava estabelecer a sua credibilidade, o desenvolvimento de critérios linguísticos para definir as fronteiras entre o que era medicina oficial e ciência foi um instrumento essencial para a sua afirmação (Jutte, 1995). Tanto no passado, como no presente, a análise semântica do discurso médico reconhece aos meios linguísticos a capacidade para vigiar e manter as fronteiras da sua profissão e para mudar as práticas médicas e disciplinares. A utilização de rótulos discriminatórios é, neste contexto, utilizada para descrever o competidor ou o “outro” no mercado dos cuidados médicos. A utilização de termos com conotação negativa e de oposição, tais como “não convencional” ou “não ortodoxa”,

surge como consequência natural, alicerçada no valor atribuído à ciência e na defesa contra a fraude médica, real ou imaginada (Jutte, 2001).

Até meados dos anos 50 do século passado, o campo de conhecimento das MACs era entendido de modo geral como “charlatanismo” pela comunidade médica ocidental (Reilly, 2001). Após a escrita do livro *Fringe Medicine* de Brian Inglis (Inglis, 1964), assinala-se o início de mudanças no relacionamento entre os dois campos, surgindo como dominante no final da década de 70 o termo “alternativa”. Nos finais dos anos 80 surge a designação de “medicina complementar”. Estas mudanças terminológicas reflectem mudanças atitudinais que foram ocorrendo e em 1987, Reilly (2001) propõe que o “termo medicina alternativa e complementar seja mantido até que o debate terminológico seja clarificador” p. 24. No início dos anos 90, começa a ser desenvolvido o conceito de “medicina integrada” e no final dessa mesma década emerge a denominação de “medicina integradora”¹.

A revisão da literatura efectuada permitiu identificar uma grande diversidade de termos para a designação da MAC e da MOC, que serão entendidos como similares, salvo raras excepções, como no caso da medicina tradicional e popular, dado entendermos ser a opção mais adequada à luz dos objectivos deste trabalho. Assim, encontraram-se para a MAC conceitos tais como: medicina alternativa; medicina complementar; medicina ou terapias não convencionais; medicina não ortodoxa; medicina holística; medicina tradicional; medicina popular; medicina suave; medicina paralela; medicina integrada; medicina integradora. Para a MOC encontraram-se, entre outras, as seguintes denominações: medicina convencional; medicina oficial; medicina ortodoxa; biomedicina; medicina científica; medicina moderna; medicina alopática. A utilização do singular ou plural é também intermutável.

2.2.3. Medicina Alternativa, Complementar ou Integrada?

A distinção entre os termos “alternativa” ou “complementar” não é aceite por todos os autores, mas a maioria da literatura estabelece uma clara distinção entre a medicina

¹ Termo com sentido idêntico a “medicina integrada”, termo pela qual é conhecida nos EUA.

alternativa e a medicina complementar (BMA, 1993; Relatório Lannoye, 1997). Esta diferenciação assenta na possibilidade de se poder “...qualificar de ‘alternativo’ um tratamento médico ou cirúrgico que pode ser aplicado em vez de um outro tratamento e de ‘complementar’ um tratamento realizado como suplemento de outro tratamento” (Relatório Lannoye, 1997, p. 2). Deste modo, o contexto preciso em que a terapia é utilizada determinará se a sua utilização é, no caso específico, alternativa ou complementar. No entanto, um sistema médico ou disciplina terapêutica alternativa envolvendo um diagnóstico e terapêuticas baseadas numa grelha de trabalho diferente da medicina convencional pode de igual modo ser complementar. Neste sentido, por vezes, a designação medicina alternativa e complementar é substituída por medicina não convencional, realçando-se que os sistemas médicos e disciplinas terapêuticas abrangidos por esta denominação têm em comum o facto de a sua validade não ser reconhecida, ou só o ser parcialmente (Relatório Lannoye, 1997). Esta realidade de múltiplas definições espelha a complexidade da convivência conjunta e de harmonização de dois sistemas de pensamento e práticas distintas.

Tentativas de aproximar ambos os sistemas têm vindo a ser desenvolvidos sobre a designação de medicina integrada ou integradora. Nela denota-se a importância atribuída à utilização conjunta de terapias da MAC, ou de alguns dos seus conceitos, com a medicina convencional. Segundo Rees e Weil (2001), a medicina integrada descreve a prática médica que desenvolve planos de tratamento que incorporam selectivamente na sua acção elementos da medicina alternativa e complementar conjuntamente com métodos de diagnóstico e tratamento ortodoxos. Deste novo modo de encarar os diferentes sistemas resultam pelo menos duas consequências: a) o reforço da ligação da MAC com as práticas baseadas na evidência; b) a medicina integrada deverá ser diferente da medicina complementar. Para Rees e Weil (2001 p. 119) a medicina integrada

...is not simply a synonym for complementary medicine. Complementary medicine refers to treatments that may be used as adjuncts to conventional treatment and are not usually taught in medical schools. Integrated medicine has a larger meaning and mission, its focus being on health and healing rather than disease and treatment. It views patients as whole people with minds and spirits as well as bodies and includes these dimensions into diagnosis and treatment. It also involves patients and doctors

working to maintain health by paying attention to lifestyle factors such as diet, exercise, quality of rest and sleep, and the nature of relationships.

Por seu lado, a necessidade de aumentar o envolvimento da MAC com as práticas baseadas na evidência científica, está expressa de forma incisiva na definição específica do NCCAM (2006, p. 2) sobre medicina integradora “(...) Integrative medicine ...combines mainstream medical therapies and CAM therapies for which there is some high-quality scientific evidence of safety and effectiveness.”

A designação “medicina integrada” evidencia que um longo caminho foi percorrido, nomeadamente nos países anglo-saxónicos, desde a designação atribuída à MAC de “charlatanice”, ou mesmo de “medicina alternativa” quando esta última, também, contribuía para a formação de estereótipos negativos e para a hostilidade entre os terapeutas da MAC e os médicos. Contudo, a sua utilização não é consensual entre todos os terapeutas da MAC (Stone & Katz, 2005a).

2.2.4. A classificação e hierarquização das terapias da MAC e seus contributos

As taxonomias para a categorização das diferentes terapias da MAC não são estanques, e assim como a nomenclatura da MAC, mudam com periodicidade em função do aparecimento de novas terapias e de novos modelos classificativos. O tipo de classificação mais frequente tem por base o critério do tipo de intervenção. O NCCAM (2006), agrupa a MAC em quatro domínios, se bem que reconheça que possam existir certas justaposições, e em sistemas médicos integrais, que compreendem todos os domínios. Por sistemas médicos integrais, são entendidos sistemas que constituem um todo completo de teoria e prática, que podem ter origem na cultura ocidental ou em outras culturas. Assim, a homeopatia e a naturopatia constituem exemplos de sistemas médicos integrais desenvolvidos na cultura ocidental, e a medicina tradicional chinesa e Ayurvedica de sistemas formulados em culturas não ocidentais. Os quatro domínios considerados incluem as: terapias mente-corpo; práticas biológicas; técnicas manipulativas e terapias energéticas. O primeiro domínio utiliza um conjunto de técnicas com o objectivo de estimular a capacidade de processos mentais para influenciar funções e sintomas corporais (ex: meditação; musicoterapia; arteterapia;

dançaterapia). As práticas biológicas correspondem à utilização de substâncias que se encontram na natureza, como ervas, alimentos e vitaminas (ex: suplementos dietéticos; produtos das ervanárias). Por seu turno, as técnicas manipulativas colocam a sua ênfase na manipulação ou movimento de uma ou mais partes do corpo (ex: osteopatia; quiroprática; massagem). O quarto e último domínio, as terapias energéticas, incluem a utilização de campos de energia e compreendem dois tipos: as terapias do biocampo que procuram influenciar os campos de energia que supostamente rodeiam e penetram o corpo humano, mediante a aplicação de pressão ou a manipulação do corpo através a colocação das mãos nesses campos ou através deles (ex: reiki; toque terapêutico; chi gong); as terapias bioelectromagnéticas implicam o uso não convencional de campos electromagnéticos, tais como campos magnéticos e campos de corrente alternada.

A sistematização do NCCAM constituiu um avanço construtivo ao fornecer uma imagem coerente de um campo bastante vasto, embora não esteja isenta de críticas (Jones, 2005). Uma dessas críticas diz respeito à sobreposição de categorias, nomeadamente entre sistemas médicos alternativos e terapias mente-corpo e energéticas. Esta sobreposição resulta primariamente da inclusão da categoria sistemas médicos alternativos, que contrariamente às outras categorias, não indica um mecanismo de acção terapêutica. Uma outra limitação apontada refere-se à ausência de uma distinção entre as terapias mente-corpo, psicológicas e não locais ou espirituais. Na tentativa de minorar estas dificuldades, Jones (2005) elaborou uma categorização de práticas (convencionais, alternativas, complementares ou tradicionais) em função do seu mecanismo de acção terapêutico primário. Esta sistematização, que parte do pressuposto que todos os sistemas, terapias, modalidades e técnicas, podem ser organizados em função de mecanismos de acção terapêutica primária, propõe seis categorias: bioquímica; biomecânica; mente-corpo; energética; psicológica (simbólica) e “não-local”. Nesta taxinomia cada uma das práticas – termo utilizado na sua acepção colectiva, englobando conceitos tais como modalidades, técnicas, sistemas e como sinónimo de terapias – está incluída na categoria que corresponde ao seu mecanismo de acção terapêutica primário, evitando deste modo a confusão de classificar as práticas em todas as categorias em que serão possivelmente terapêuticas. Em cada categoria estão estabelecidas subdivisões. O mecanismo de acção terapêutica é entendido como um termo geral que exprime a variedade de meios quantitativos ou qualitativos através dos quais um processo terapêutico é iniciado (para os clientes/pacientes melhorarem algo

tem de acontecer). Esta sistematização foi utilizada para a categorização das respostas dos participantes no estudo empírico². A categoria das práticas bioquímicas inclui as terapias cuja influência ocorre através da acção química ao nível molecular, celular ou genético (ex: produtos naturais; naturopatia; produtos sintéticos). Às práticas biomecânicas correspondem as terapias cuja influência terapêutica - tipo físico - ocorre a partir do nível da estrutura tecidual (ex: osteopatia; quiroprática; reflexologia; massagem; treino físico; cirurgia). Por seu turno, as terapias mente-corpo são aquelas cujo processo terapêutico resulta da modificação intencional de processos e estados emocionais e/ou cognitivos com o intuito de proceder à alteração de estados e processos fisiológicos (ex: meditação; aromaterapia; biofeedback). As práticas energéticas, por seu lado, englobam as terapias que utilizam uma fonte de energia ou a designada energia vital para dar início a um processo terapêutico (ex: acupunctura; reiki; homeopatia; tratamento por ultrasons). No que se refere às terapias psicológicas (simbólicas), estão incluídas as práticas que empregam as referências simbólicas (significados) das palavras, dos movimentos, das imagens, dos sons e da música para induzir mudanças construtivas nos processos emocionais e cognitivos das pessoas (ex: hipnoterapia; terapia de grupo). Por último, as práticas “não-locais” designam as terapias cujo processo terapêutico têm o seu locus de casualidade no divino, religioso ou em princípios humanistas. Com origem em experiências humanas transcendentais não existe uma explicação científica que permita compreender o seu mecanismo terapêutico (ex: algumas práticas xamanistas; cura à distância, meditação transcendental).

Outras formas de classificação da MAC têm sido usadas recorrendo a outros tipos de critérios. Stone (2002) categorizou as diferentes terapias com base nas questões éticas que colocavam, tais como os riscos inerentes e potenciais malefícios; Tataryn (2002) em função de diferentes conceptualizações sobre a saúde e a doença e Stone e Katz (2005a) esboçaram uma proposta com base no estatuto (e potencial estatuto) regulatório. A House of Lords em Inglaterra (2000), apresenta uma classificação e hierarquização de algumas terapias com suporte na evidência científica estabelecida.

² Decidiu-se manter a categoria medicina popular, que não consta nesta taxionomia, devido à ausência de dados que permitissem a inclusão nas categorias propostas e também pelo facto de evidenciar que para os participantes do estudo a MAC não se confunde com a Medicina Popular.

Inserida numa estratégia de protecção da saúde pública através do fornecimento de ferramentas que possibilitem aos utilizadores e cidadãos em geral uma escolha informada, a House of Lords estabeleceu uma classificação e hierarquização em três grupos, que gerou amplo debate acerca dos critérios mais adequados para a sua elaboração (Wahlberg, 2007). O primeiro grupo, denominado “disciplinas principais”, também conhecido como “Big Five”, distinguia-se por ter provado a sua eficácia no tratamento de um número limitado de doenças pouco graves (osteopatia, quiroprática, acupunctura, plantas medicinais e homeopatia). O segundo grupo consistia nas “terapias complementares”, entendidas como importante ajuda para muitos pacientes quando usadas como apoio aos cuidados médicos convencionais, embora fosse reconhecido que a muitas delas ainda faltava uma sólida base científica (ex: técnica de Alexander; aromaterapia; hipnoterapias; reflexologia; massagem; yoga). Por último, o grupo das “disciplinas alternativas” fora descrito como indiferente aos princípios científicos da medicina convencional, não apresentando bases de evidência credíveis. Estas terapias foram divididas em dois subgrupos: a) sistemas tradicionais bem estabelecidos, como por exemplo, a medicina Ayurvedica, a medicina tradicional chinesa, a naturopatia e a antroposofia; b) outras disciplinas alternativas que não apresentam suporte de prática baseada na evidência, tais como a terapia por cristais, iridologia entre outras.

Segundo Stone e Katz (2005a) esta classificação e hierarquização foi recebida de forma negativa no campo da MAC. Os acunpunctores classificaram o trabalho como incompreensível, na medida em que estariam classificados ao mesmo tempo no grupo um e no grupo três, ou seja, simultaneamente num grupo com elevada credibilidade e noutro sem credibilidade, dado a acupunctura pertencer à medicina tradicional chinesa. No grupo um foi apontado como crítica o facto de se agruparem terapias cujo risco associado não é igual entre si. Assim, se uma má prática da quiroprática comporta um risco elevado para o paciente o mesmo já não se aplica com os tratamentos homeopáticos que têm poucos efeitos secundários. Quanto à crítica dirigida ao grupo das terapias complementares, foi questionada a aceitação, por parte dos terapeutas, da não atribuição de competências de diagnóstico e tratamento às suas terapias. Contudo, foi a constituição do grupo três que mais preocupação criou, na medida em que juntou “...highly respected forms of tradicional medicine that fall outside western medicine with discredited therapies, which have no evidence of acceptability to the scientific community” (Stone & Katz, 2005a, p. 49). Contudo, e apesar das críticas, o trabalho da

House of Lords ao enfatizar a necessidade de evidência científica e a organização das classes profissionais e respectivos aspectos regulatórios, esboçou uma transformação no racional subjacente à protecção da saúde pública. Ao invés de aconselhar directamente contra a utilização das “medicinas burlonas” ou desencorajar os terapeutas ao exercício da sua prática, a protecção dos utilizadores e cidadãos em geral foi equacionada em função de dois objectivos: a) ajudar na elaboração de uma escolha informada; b) garantir uma formação adequada dos terapeutas de modo a assegurar a qualidade das suas competências (Wahlberg, 2007).

2.3. O processo de regulamentação da MAC em Portugal: (o)posições, consensos, princípios e institucionalizações

O início do processo de regulamentação da MAC em Portugal desenvolveu-se no começo deste século. Esta iniciativa pode ser entendida como consequência do aumento da sua prática e a necessidade daí recorrente de assegurar a qualidade da formação, creditação e certificação dos respectivos profissionais. Por iniciativa de dois partidos, primeiro do Bloco de Esquerda e depois do Partido Socialista, foram apresentados dois projectos de lei que visavam a regulamentação das medicinas não convencionais (MNI (a), 2001). Em sede da Comissão Parlamentar da Saúde realizaram-se nos primeiros meses do ano de 2001, audiências com vários intervenientes de entre os quais, as Ordens dos Médicos, dos Farmacêuticos e dos Enfermeiros, o Instituto Nacional da Farmácia e do Medicamento (Infarmed) e as associações profissionais das medicinas alternativas. Estas audiências estavam inseridas na discussão em especialidade dos projectos de regulamentação das medicinas não convencionais do Bloco de Esquerda e do PS. O enquadramento da futura lei foi amplamente debatido e questionado, tendo o processo gerado acusações mútuas, nomeadamente, entre a ordem dos médicos e as associações profissionais da medicina alternativa. A ordem dos médicos exigia que primeiro fosse definido o acto médico; o Conselho Regional do Norte (CNR, 2001) no comunicado “Legalização de Medicinas ‘Alternativas’ e comparticipação de produtos homeopáticos” emitido já após veto do Presidente da República à legislação sobre o acto médico, referindo-se à proposta dos deputados do Bloco de Esquerda, exprimia a sua perplexidade face à iniciativa de legalização de “...práticas sem validade científica, aplicadas apenas por crenças, contraditórias com o materialismo científico, e por isso,

enganadoras para doentes incautos. [...] A perplexidade deste Conselho cresceu ainda mais quando se apercebeu que aquela iniciativa visava a comparticipação de produtos homeopáticos pelo SNS - Sistema Nacional de Saúde - (...)” (CNR, 2001,p.1). Posteriormente, o Bloco de Esquerda retirou a iniciativa de comparticipação dos produtos homeopáticos, justificando primeiramente a necessidade de regulamentação das medicinas não convencionais para depois se avançar para os direitos dos utilizadores (MNI (b), 2001). Segundo notícias publicadas no sítio Médicos na Internet (MNI (c)(d), 2001) ambos os projectos de lei propunham o reconhecimento abstracto e geral das medicinas não convencionais e remetiam para fase posterior a investigação e avaliação da qualidade, segurança e eficácia; para a Ordem dos Farmacêuticos tal posição não era sustentável, defendendo que primeiro deveria se proceder à avaliação das práticas e que a regulamentação deveria aplicar-se a terapias específicas e não à generalidade das medicinas não convencionais.

A 27 de Março de 2003 os dois projectos de lei de regulamentação do sector foram levados a discussão no Parlamento da República. O projecto dos socialistas pretendia regulamentar quatro terapias não convencionais - acupunctura, homeopatia, osteopatia e quiropráxia - reconhecendo a especificidade de diagnóstico e tratamento, bem como a autonomia deontológica e técnica dos seus profissionais. O diploma do BE ia mais longe, juntando a estas práticas a naturopatia, a medicina tradicional chinesa e a fitoterapia (MNI (e), 2003). O Partido Social Democrata mostrou estar disposto a permitir a aprovação dos diplomas, apesar do anúncio do CDS-PP que iria votar contra. Para o Partido Popular existia a necessidade de se realizar um levantamento exaustivo sobre a situação destas terapias no país (Diário Digital, 2003).

A 22 de Agosto deste mesmo ano é publicada em Diário da República a Lei nº45/2003 “ Lei de Enquadramento das Terapêuticas Não Convencionais”. O termo medicina não convencional inicialmente proposto foi substituído pela designação terapêuticas não convencionais definidas como “...aquelas que partem de uma base filosófica diferente da medicina convencional e aplicam processos específicos de diagnóstico e terapêuticas próprias”. Foram reconhecidas como terapêuticas não convencionais as praticadas pela acupunctura, homeopatia, osteopatia, naturopatia, fitoterapia e quiropráxia, estabelecendo como seus princípios orientadores:

- 1 — O direito individual de opção pelo método terapêutico, baseado numa escolha informada, sobre a inocuidade, qualidade, eficácia e eventuais riscos.
- 2 — A defesa da saúde pública, no respeito do direito individual de protecção da saúde.
- 3 — A defesa dos utilizadores, que exige que as terapêuticas não convencionais sejam exercidas com um elevado grau de responsabilidade, diligência e competência, assentando na qualificação profissional de quem as exerce e na respectiva certificação.
- 4 — A defesa do bem-estar do utilizador, que inclui a complementaridade com outras profissões de saúde.
- 5 — A promoção da investigação científica nas diferentes áreas das terapêuticas não convencionais, visando alcançar elevados padrões de qualidade, eficácia e efectividade.

No âmbito do presente diploma foi criada uma comissão técnica consultiva com o objectivo de estudar e propor os parâmetros gerais de regulamentação do exercício das terapêuticas não convencionais. Integram a comissão representantes dos Ministérios da Saúde, da Educação e da Ciência e Ensino Superior, das terapêuticas a regulamentar e, caso necessário, peritos de reconhecido mérito, cujas funções cessarão após a implementação do processo de credenciação, formação e certificação dos profissionais. Criada através do despacho conjunto nº327/2004, foi oficializada pelo despacho conjunto nº 261/2005.

A 14 de Maio de 2002 a ordem dos médicos cria a Competência médica em acupunctura (ICBAS, 2008). Os médicos com prática continuada e regular de acupunctura superior a três anos podem ser acupunctores. Em Janeiro de 2005, José Faro, Director da Escola Superior de Medicina Tradicional Chinesa e membro da comissão afirmava que “...iria tentar sensibilizar o Estado para a necessidade de aprovar a medicina tradicional chinesa como um todo e não em algumas das suas vertentes, como a acupunctura e a fitoterapia. Países como a Inglaterra, Austrália e Estados Unidos, adiantou, reconhecem aquela terapia como um todo, dando aos seus profissionais o estatuto de médicos.” (MNI, 2005). A 23 de Setembro de 2005, surge uma denúncia de Pedro Choy, presidente da Associação Portuguesa de Acupunctura e Disciplinas Associadas (APADA), segundo o qual o futuro das medicinas não convencionais estaria a ser posto em causa pelo “lôbi médico e farmacêutico que quer impor a prescrição médica” como condição necessária para a sua prática (Rodrigues, 2005). Segundo o presidente da APADA estaria em causa

a imparcialidade da comissão técnica consultiva, que constituída maioritariamente (dos 20 elementos seis representam a medicina não convencional) por representantes da medicina convencional poderia aprovar o que quisesse. A pretensão de tornar a prática dessas terapias sujeita a prescrição médica ou que os locais onde são aplicadas tenha a supervisão de um médico, aniquilaria "...completamente as medicinas não convencionais porque os médicos convencionais nunca receitarão tratamentos que se baseiam em princípios completamente diferentes e que eles não conhecem", segundo Pedro Choy (Fernandes, 2005).

Em 2006, inicia-se no Instituto Ciências Biomédicas Abel Salazar (ICBAS) o primeiro curso de pós-graduação em Medicina Tradicional Chinesa (MTC), o primeiro numa instituição portuguesa de ensino superior público, que segundo a Universidade do Porto surgiu como resultado "...da contribuição de estudos recentes que permitiram construir um modelo fisiológico desta arte clássica de cura... e será ministrado, em parte, por médicos alemães que desenvolveram um modelo próprio de medicina integrada." (MNI, 2006). Durante o ano de 2007 a Universidade de Évora abre uma pós-graduação em Medicina Tradicional Chinesa no seguimento de um acordo de cooperação celebrado entre a Universidade de Évora e a Escola Superior de Medicina Chinesa Dr. Pedro Choy - Pólo da Universidade de Chengdu, China (Manso, 2007).

Tendo o processo de regulamentação das terapias não convencionais tido o seu início há cerca de cinco anos a conclusão dos trabalhos não é ainda conhecida. A complexidade do tema e a multiplicidade de partes envolvidas torna o consenso difícil entre todos os envolvidos. As posições de defesa ou contra a legalização da Medicina Tradicional Chinesa, a sujeição ou não a exames por parte de profissionais em exercício de actividade, ou o desacordo entre acupunctores sobre quem deveria ser o representante da acupunctura na comissão consultiva (JN, 2008), são disso exemplo.

Após os resultados finais deste processo, considerando e atendendo às vicissitudes mencionadas, estará cumprido o primeiro processo de regulamentação da MAC em Portugal. De acordo com a estratégia da Organização Mundial de Saúde (OMS, 2002) para as Medicinas Tradicionais (MT) / Medicinas Alternativas e Complementares (MAC) estabelecida em 2002 os objectivos para o futuro deverão: promover a integração da MT/MAC nos sistemas nacionais de saúde, estimular a segurança,

eficácia e qualidade da MT/CAM através de um aumento dos conhecimentos sobre MT/MAC e proporcionar guias e normativas para controlos de qualidade; aumentar a disponibilidade e acessibilidade à MT/CAM, segundo seja apropriado, realçando o acesso às mesmas por parte dos cidadãos de níveis socioeconómicos mais baixos e fomentar o uso terapêutico sólido e apropriado da MT/MAC a terapeutas e utilizadores.

Para finalizar, uma pequena nota relativa à regulamentação e legalização dos produtos à base de plantas. Os produtos naturais e plantas medicinais surgem frequentemente inseridos no campo da MAC e apresentam a especificidade de poderem ser utilizados sem o recurso a um terapeuta. O recente caso de suspeitas de relação causal entre o consumo do suplemento dietético Depuralina e reacções adversas graves, nomeadamente choque anafiláctico e hepatotoxicidade (Despacho DGS, 2008) lançou mais uma vez o debate sobre o seu controlo na comunicação social. Em 2004 surgiu um projecto de diploma que estabelecia normas restritas apertadas para o fabrico, rotulagem, publicidade e fiscalização dos produtos à base de plantas que acabou por não ser submetido a aprovação em Conselho de Ministros, e no qual se explicava a sua pertinência pelo aumento nunca antes verificado no seu número e variedade e na salvaguarda da saúde pública. Aguardava-se na altura a aprovação do novo estatuto do medicamento, que incluiria os fármacos à base de plantas, e o projecto de decreto-lei não avançou (Campos, 2008). Por seu lado, os responsáveis das empresas do sector entendiam à data, tal como agora a Associação Portuguesa de Alimentação Racional e Dietética o entende, que o que está em causa são suplementos alimentares, e não medicamentos, cuja regulação e comercialização está estabelecida deste 2003 pelo Decreto-Lei nº136/2003 (Cristão, 2008; Campos, 2008). Encontram-se, portanto, sob a alçada do Ministério da Agricultura e não do INFARMED, instituição que controla os fármacos da medicina convencional.

2.4. Porquê utilizar a MAC?

A decisão de consultar um terapeuta da MAC ou de comprar um produto natural ou medicamento MAC não é um fenómeno novo. Sharma (1992, 1995) referindo-se à MOC como medicina ortodoxa - definindo-a como o conjunto de conhecimentos e práticas, sobre o corpo humano que é amplamente aceite na sociedade ocidental

(convencional), cuja legitimação assenta na afirmação da sua cientificidade e a sua “ortodoxia” exprime uma dimensão de autorização política (oficial) – afirma que embora dominante nunca teve o domínio absoluto dos serviços médicos. O que é novo é o facto de a sua utilização já não estar restrita a um pequeno grupo de entusiastas e se ter tornado popular. A tomada de decisão de utilização de práticas da MAC torna-se ainda mais significativa, e com extenso relevo social, se atendermos que implica um pagamento não participado, que potencialmente contradiz o conselho médico e que a pessoa que o faz se submete a si própria a práticas e produtos que não foram necessariamente testados com rigor (Coulter & Evan Willis, 2004).

2.4.1. A popularidade da MAC: Utilização e perfil do utilizador. Dimensão económica

A popularidade da MAC não parece ser difícil de demonstrar e alguns indicadores podem ser levados em conta: o significativo número de artigos publicados em jornais e revistas da comunicação social; o número de livros na secção de saúde das livrarias; o aumento no número de produtos disponibilizados; as análises dos conteúdos de programas televisivos que expõem relatos pessoais de experiências bem sucedidas com a MAC e as taxas de utilização e crescimento da MAC (Cant & Sharma, 1999; Spence & Ribeaux, 2004).

Em vários países desenvolvidos foram realizados estudos que visaram objectivar a taxa de utilização da MAC. Na Austrália estimava-se que a taxa de utilização da população se cifrava nos 46% (OMS, 1998); na França nos 49% (Fisher & Ward, 1994); no Canadá em cerca de 70% (Health Canada, 2001) e nos Estados Unidos nos 42% (Eisenberg, *et al.*, 1998). O estudo de âmbito nacional realizado na Grã-Bretanha por Thomas, Carr, Westlake e Williams (1991) indicava que cerca de 33% da população tinha utilizado uma terapia complementar. Ao nível da União Europeia a 15 países, a European Public Health Alliance situou a cifra de utilizadores entre os 40 e 70%. Hyland, Lewith e Westoby (2003) estimaram que 30% a 90% da população adulta dos países industrializados utilizaria pelo menos uma modalidade da MAC para prevenir ou tratar diversos problemas de saúde. Em Portugal, segundo a Associação Portuguesa de Acupunctura, cerca de 30 mil pessoas recorriam anualmente a tratamentos de

acupunctura e fitoterapia (Negrão, 2005). Aquando da discussão da viabilização do projecto de lei de regulamentação das terapias não convencionais foi estimado que mais de três milhões de portugueses já tinham recorrido às medicinas alternativas (MNI (g), 2003). De acordo com uma sondagem representativa da população nacional (DN, 2007) 15,5% dos portugueses recorreram a alguma terapia alternativa, ou não convencional (como a acupunctura, o ioga, as massagens orientais, o reiki, a meditação ou os programas de auto-ajuda, entre outros).

A interpretação dos valores avançados e nomeadamente o estabelecimento de comparações entre estudos deverá contudo ser realizado com bastante precaução e em alguns casos será mesmo impossível de fazê-lo. Ernst (2000) procedendo a uma análise sistemática da literatura sobre a prevalência da utilização da MAC em vários países identificou várias limitações nos estudos que tornam consideravelmente incerta a real taxa de utilização na população em geral. Um dos problemas identificados foi o da definição da MAC, com a inclusão de diferentes terapias que levaram a variações consideráveis nas taxas de utilização da MAC (ex: alguns estudos consideraram o exercício e a psicoterapia como terapias inseridas no campo da MAC, enquanto outros não)³. Outra limitação importante dizia respeito ao período temporal considerado para a avaliação da prevalência da utilização. Assim, se em vários estudos foi avaliado o período de um ano (ex: “No último ano qual das seguintes terapias utilizou?”) noutros foi considerado o período de vida inteiro da pessoa (ex: “Já utilizou alguma das seguintes terapias?”). Embora as limitações acima mencionadas interfiram directamente nas taxas de utilização obtidas, os resultados sugerem que a prevalência de uso da MAC não é meramente residual, que muitas pessoas o fazem.

No que se refere ao tipo de utilizador mais provável das terapias MAC Ernest (2000), identificou os seguintes factores como os principais: sexo (mulher); idade (meia-idade); escolarização (elevada); nível socioeconómico (elevado). Em Portugal (DN, 2007), as mulheres entre os 18 e os 54 anos que vivem no Litoral Centro são aquelas que referem

³ No final dos anos 90 dois estudos, um nos Estados Unidos (Druss & Rosenheck, 1999) e outro na Austrália (MacLennan, Wilson & Taylor, 1996) usaram uma definição restrita de MAC (apenas terapias que implicavam visita a terapeuta) e obtiveram uma prevalência de uso no período de um ano entre 8% e 20% respectivamente.

mais terem recorrido às medicinas alternativas. Entre os 84% que nunca recorreram a estas terapias, a maioria são do sexo masculino, vive no Interior Norte, pertence à classe média/baixa ou baixa e tem mais de 55 anos (DN, 2007).

O crescimento nas taxas de utilização de terapias alternativas e complementares também tem vindo a ser avaliado em vários países. O número de pessoas a recorrer a consultas com terapeutas da MAC na Grã-Bretanha tem aumentado consistentemente (Harris & Rees, 2000) e estimou-se que triplicara entre 1981 e 1997 (Zollman & Vickers, 1999). A comparação entre dois estudos realizados nos Estados Unidos por Eisenberg *et al.* (1993, 1998) indicou que a utilização de terapias da MAC aumentou de 34% em 1990 para 42% em 1997. A partir de extrapolações dos padrões de uso da população americana foi sugerido um aumento de 47% no número total de visitas a terapeutas da medicina alternativa, de 427 milhões em 1990 para 629 milhões em 1997, ultrapassando deste modo o número de visitas aos médicos de cuidados saúde primário. As terapias que tiveram um maior crescimento foram a homeopatia (385%), plantas medicinais (380%), cura energética (192%), megavitaminas (130%), grupos de auto-ajuda (108%) e massagens (61%). Na Austrália estimou-se que no ano de 2000 os gastos com a MAC ascenderam a um total de 2,3 biliões de dólares o que correspondeu a um aumento de 62% relativamente ao ano de 1993. Segundo Eisenberg *et al.* (1998) nos Estados Unidos em 1997 foram gastos 21,2 biliões de dólares com as terapias MAC. Em Inglaterra, a venda de produtos naturais tem aumentado ao longo dos anos estimando-se o movimento de cerca de 93 milhões de libras (produtos à base de plantas medicinais, preparações homeopáticas e essência de óleos da aromaterapia) (House of Lords, 2000), prevendo-se um aumento até 188 milhões de libras em 2008 (Intel, 2003). O número de cursos sobre as terapias MAC e de terapeutas a exercerem no activo a sua profissão são também indicadores do seu crescimento (Spence & Ribeaux, 2004; Cant & Sharma, 1999).

2.4.2. Factores contributivos para o crescimento da MAC. De pacientes a consumidores?

O ser humano é provavelmente a única espécie que procura ajuda fora da sua esfera familiar para os seus problemas de saúde. Nas sociedades urbanas ocidentais, ou não,

existe amiúde o denominado pluralismo médico, entendido como a coexistência de grupos e indivíduos que oferecem ao paciente o seu modo particular de diagnosticar, tratar e explicar as doenças (Helman, 1994). Assim, optar por um determinado tipo de cuidado de saúde implica uma tomada de decisão multifacetada que envolve as redes terapêuticas e o contexto onde esta ocorre, o que inclui o tipo de ajuda disponível, a necessidade ou não de pagar por estes serviços e o modelo através do qual o paciente explica o seu estado de saúde – entre outros factores.

Com base na análise do contexto histórico e social através do qual o fenómeno da MAC se foi desenvolvendo, alguns autores sugerem que o crescimento na utilização das terapias da MAC inscreve-se quer num fenómeno de mudança social global, quer num movimento específico aos cuidados de saúde (Dacher, 1997; Eastwood, 2000). Segundo Spence e Ribeaux (2004), o desenvolvimento dos cuidados de saúde como os conhecemos actualmente iniciou-se com o iluminismo (Séc. XVII), o que implicou a distinção entre os esforços antigos de cura – superstição – e a abordagem científica – razão, a que se seguiu a emergência do positivismo (Séc. XVIII) que enfatizou a possibilidade da ciência aceder à realidade tal como ela é, através da observação, medição e experimentação. Ainda de acordo com estes autores, focalizando-se na realidade material, esta abordagem, tendeu a separar o corpo da mente e a perceber o corpo como uma máquina, cuja reparação, aquando do surgimento de um problema, seria da competência do médico. Este modo de abordar a saúde e doença, designado de modelo biomédico, embora nunca tenha tido o monopólio completo dos cuidados de saúde, manteve a sua hegemonia inquestionável até meados do século passado através de uma forte acção política que permitiu a organização da profissão médica e de um campo legal que excluiu outras práticas de cuidados de saúde (Friedson, 1970 *cit in* Spence & Ribeaux, 2004).

A partir dos anos 60 do século passado assiste-se a um crescimento da crítica ao modelo biomédico (Spence & Ribeaux, 2004; Jodelet, 2003). Segundo Jodelet (2003), a corrente social de contracultura dos anos sessenta que englobava os movimentos de libertação sexual e feminina, as correntes de pensamento alternativo, a difusão da psicanálise e das técnicas corporais seguidoras ou inspiradas em modelos orientais, a procura das medicinas alternativas, entre outras, contribuiu para mudanças culturais às quais se associaram transformações da experiência subjectiva do próprio corpo

(emergência do hedonismo) como das categorias de apreensão do corpo como objecto de conhecimento (retrocesso na abordagem biológica a favor de uma abordagem psicossomática que atribui aos factores sociais e históricos um papel fundamental). Por seu turno, Spence e Ribeaux (2004) referem dois aspectos que contribuem para o questionar do modelo biomédico. De acordo com estes autores um factor associado à crescente insatisfação para com o modelo biomédico prende-se com a ausência de eficácia perante novas doenças e condições. O seu sucesso na erradicação de um vasto leque de doenças confronta-se com um conjunto de doenças actuais cujas etiologias e sintomatologias são extremamente complexas e difusas, tais como, cancro, doenças associadas com o stress, SIDA e síndrome de fadiga crónica, bem como com condições complexas e múltiplas associadas à velhice. O progresso aparentemente lento na resolução destes novos problemas de saúde médicos tem estado associado a um maior cepticismo e a uma maior procura de práticas de cuidados de saúde alternativas. O papel do médico no contexto social é outro aspecto relacionado com estas mudanças. Se historicamente, o médico para além de estar entre as pessoas com maior grau de instrução era também considerado como uma autoridade com poder sobre a vida e a morte, com o progressivo aumento dos níveis educacionais, do acesso aos novos meios tecnológicos e de procura de padrões mais elevados de qualidade de vida, os indivíduos têm vindo a adquirir mais conhecimentos e informação sobre um variado número de facetas da sua vida, entre as quais se inclui a sua própria saúde, e deste modo a conhecer a possibilidade de poder optar pelo tipo de tratamento pretendido.

Esta percepção de escolha significou uma erosão do poder médico sobre os seus pacientes e abriu espaço a um sério questionamento de alguns comportamentos dos médicos e de instituições dos serviços nacionais de saúde por parte dos média e cidadãos (Spence & Ribeaux, 2004). Nesta linha de pensamento Bates (2002), considerou a focalização nos erros e nas limitações da medicina “moderna” a ocorrerem na cultura ocidental, como constituindo um forte contributo para o crescente interesse nas medicinas alternativas. Em Portugal e na Europa, as notícias frequentes nos meios de comunicação sobre os erros médicos (Esteves, 2008), os alertas das autoridades de saúde face à utilização excessiva de medicação, antibióticos e barbitúricos (Lamy, 2007; Ferreira, 2008, Mendes, 2007) as falhas apontadas aos Sistemas Nacionais de Saúde (Portugal Diário (a), 2007; Portugal Diário (b), 2007), entre outras, bem como os relatórios europeus alertando para estas problemáticas (Eurobarometer, 2006;

Eurobaromètre, 2003; Mendes, 2008) são indicadores de preocupação e insatisfação face a algumas práticas médicas convencionais e suas consequências.

Giddens (1990, 1991) sugere que o questionamento da ciência e dos “peritos”, neste caso em particular dos médicos, não seria possível sem um aumento de conhecimentos e de reflexividade por parte dos “leigos”. Os indivíduos, comunidades e organizações visam desenvolver novas competências tentando recuperar algum controlo detido pelos “peritos” e procurando novas alternativas. Assim, o comportamento de prática das terapias MAC pode ser entendido como uma busca alternativa e uma tentativa de ganhar um maior controlo. Tal como observava Herzlich (1986) nos seus estudos sobre a representação social da saúde e da doença: “Paradoxalement, au moment même où s’affirmait au plus haut point la dominance du discours de l’expertise fondée sur la science et la technique, la pensée profane commençait d’apparaître comme concurrente du discours scientifique et cherchait à affirmer son droit et sa pertinence pour parler des phénomènes biologiques.” (p.166-7). É amplamente consensual que o interesse e prática da MAC tem como motor a procura e a pressão dos consumidores (Ernst, 2000; Cant & Sharma, 1999; Sharma, 1992). Por exemplo, no relatório elaborado com base nas consultas aos Cidadãos Europeus em Portugal, uma das medidas integrantes da perspectiva portuguesa sobre o futuro da Europa diz respeito a um sistema de saúde gratuito que englobe medicinas alternativas (ICS-Consulta aos Cidadãos Europeus, 2007). O reconhecimento deste facto tem levado organismos da área da saúde como a Organização Mundial de Saúde e associações de defesa do consumidor à elaboração de guias dirigidos aos consumidores (OMS, 2004; DECO, 2001).

Como parte integrante deste processo de mudança a adopção de valores e crenças, frequentemente denominadas pós-modernistas, têm contribuído para o crescimento da MAC (ex: visão holística da saúde; valorização do natural) (Siahpush, 1999; Astin, 1998). Assim, se por um lado, a insatisfação com a MOC poderá favorecer a procura de práticas alternativas, por outro lado, as propostas apresentadas pelas terapias alternativas poderão ser atractivas por si próprias, indo de encontro ao que os seus utilizadores procuram.

2.4.3. MAC e MOC: pós-modernismo, globalização e prática baseada na evidência científica

No ponto anterior evidenciamos os factores que têm contribuído para o crescimento da MAC. Neste ponto centraremos a análise da sua expansão em articulação mais específica com as noções de evidência científica, globalização e pós-modernismo.

É curioso notar que o crescimento da MAC esteja a ocorrer em países onde o método científico e a ciência ocidental são geralmente aceites como pilares dos cuidados de saúde e a prática baseada na evidência seja o paradigma dominante. Assiste-se a uma rápida expansão de um ramo dos cuidados de saúde cuja cientificidade tem sido, pelo menos até ao momento, amplamente debatida (Coulter & Willis, 2004).

A prática da medicina baseada na evidência (MBE) requer a integração da melhor evidência clínica externa obtida através da investigação sistemática com a mestria clínica individual (Reis, 2007). Segundo Reis (2007) a MBE assenta em três pressupostos:

- 1) desconfiar da experiência clínica, intuição e opinião de um único expert; 2) o conhecimento da fisiopatologia não é suficiente e pode conduzir a atitudes incorrectas de diagnóstico e tratamento; 3) é necessário conhecer regras de avaliação para adequada interpretação da literatura, de estudos prognósticos, de testes diagnósticos e de estratégias terapêuticas (p.16).

De acordo com Richards (1998), se na prática tradicional a ênfase era colocada na experiência e conhecimentos acumulados, na adopção de procedimentos standardizados e na opinião de peritos e colegas, na prática baseada na evidência enfatiza-se a utilização da melhor evidência científica disponível para resolver as questões clínicas. Embora não isenta de críticas (Dobbie, Schneider, Anderson, & Littlefield, 2000; Calvo & Domínguez, 2002), a MBE assumiu-se como central na prática médica e vários autores propuseram que a MAC se deveria submeter às mesmas regras de produção de prova científica da medicina convencional (Vickers *et al.*, 1997;

Levine *et al.*, 1997), constituindo-se deste modo uma medicina alternativa e complementar baseada na evidência.

Segundo Astin, Marie, Pelletier, Hansen e Haskell (2000), os médicos colocam três objecções principais à MAC. A primeira diz respeito às lacunas dos seus conhecimentos particularmente ao nível do diagnóstico. A segunda refere-se ao risco dos utilizadores virem a receber tardiamente os cuidados de saúde adequados por terem recorrido à MAC. Uma terceira menciona a ausência de evidência da sua eficácia. Quanto a esta última, embora exista estudos que evidenciam a eficácia de algumas terapias da MAC (House of Lords, 2000; Moffet, 2006; Coulter, 2007) a questão está longe de ser pacífica. Por exemplo, o jornal “Scientific Review of Alternative Medicine” dedica-se exclusivamente à análise crítica e céptica da MAC. No entanto, um dos melhores exemplos vem-nos da análise da eficácia da homeopatia. Em 2005, um artigo publicado na revista médica britânica *The Lancet* concluiu que os fármacos homeopáticos não trazem benefícios para a saúde e que os efeitos da homeopatia são comparáveis aos de um placebo (Shang *et al.*, 2005). Neste ponto, a investigação em MAC poderá estar perante circunstâncias semelhantes às que marcaram a emergência da parapsicologia.

While parapsychology's claims to scientific legitimacy were denied, it clearly displayed social characteristics typical of non-deviant specialisms at their emergence. (...) the findings of the present study suggest that the 'deviance' of parapsychology can neither be distinguished by cognitive, nor by social demarcation criteria. It can also be concluded that while particular patterns of social institutionalization may be necessary for the establishment of a emergent discipline, these patterns are not sufficient to guarantee a discipline subsequent legitimization, development and growth within the institutional and cognitive boundaries of 'orthodox science'. (Gordon, 1982, p.162)

No entanto, convém salientar que as críticas apontadas à medicina baseada na evidência têm a sua origem no exterior (Coulter, 2007; Gartlehner, Hansen, Nissman, Lohr & Carey, 2006) e no interior da própria medicina convencional (Calvo & Domínguez, 2002). À luz da análise das políticas da medicina baseada na evidência (Rodwin, 2001), as tomadas de decisão clínicas são justificadas através de métodos – tais como, ensaios clínicos aleatórios, análises de custo-eficácia e de regressão múltipla - que não requerem

uma formação médica, permitindo colocar pessoas formadas em ciências, ciências sociais ou em políticas públicas a par com os médicos.

Enquadrando-se neste debate, a investigação de Eastwood (2000) evidenciou que os médicos de clínica geral australianos participantes no estudo reconheceram que apesar da falta de evidência científica sobre “porquê” e “como” as terapias da MAC funcionam, elas obtêm resultados clínicos positivos; com base nesta “legitimidade clínica” e em factores históricos e de tradição a sua utilização é legitimada e deste modo suplantada a “legitimidade científica”. Neste contexto, é significativo que a Australian Therapeutic Goods Administration tenha definido duas grandes categorias de critérios para análise da evidência das terapias complementares: 1) evidência científica; 2) evidência baseada no uso tradicional de uma substância ou produto (CMEC, 2000). De acordo com vários autores (Siahpush, 1999; Crook, Pakulski e Waters, 1992) as mudanças sociais – que envolvem também a globalização – a ocorrerem nas sociedades actuais, no sentido pós-moderno, têm tido como consequência a diminuição na confiança da ciência e tecnologia (incluindo a medicina) como fonte de solução para os problemas da humanidade, e no caso específico da medicina, para um mundo livre da doença. Neste ponto, Giddens (1991) e Beck (1992) identificam a importância da noção “riscos fabricados”. Segundo estes autores, estes riscos resultantes da actividade humana têm a sua origem na aplicação de conhecimentos, que frequentemente visam produzir mudanças positivas. Os riscos e efeitos secundários das intervenções médicas e dos fármacos constituem, assim, um “risco fabricado” na medida em que não são produzidos para provocar doenças ou efeitos iatrogénicos. De acordo com os estes autores, uma maior consciência destes riscos poderá levar os indivíduos a diminuir a sua confiança na ciência e nos peritos, neste caso, nos médicos. Por outro lado, o processo de globalização tem permitido o maior acesso a informação por parte dos cidadãos, um aumento na sensibilidade para com outras culturas, e para práticas tradicionais e históricas (no qual se inclui as medicinas tradicionais) bem como contribuído para um “regresso ao natural” nas sociedades ocidentais (Bensoussan, 1999).

2.5. Representações sociais das MACs

É neste complexo e intrincado quadro que o nosso estudo se desenrolará. Urge pois compreender as razões e motivações que subjazem à utilização cada vez mais

expressiva das MACs. Enquadrando-se na confluência de factores sociais, como sejam, as mudanças sociais de amplo alcance introduzidas pelo pós-modernismo e globalização e a tomada de decisão individual baseada em factores pessoais de escolha e pertença, a teoria das representações sociais será o referencial teórico utilizado no presente estudo.

Para evidenciar as razões e motivações dos indivíduos para o uso das terapias MAC, utilizaram-se dois grupos distintos no que diz respeito à prática da MAC (utilizador ou não utilizador) que foram comparados em várias variáveis entre si. Contudo, como mencionou Fraissé (1999, no prelo) a prática das terapias MAC não é o único factor determinante na organização das suas representações, e pretendeu-se também identificar os factores que intervêm na organização do conhecimento e na elaboração das atitudes sobre a MAC. Dadas as relações que a medicina alternativa e complementar mantém com a medicina oficial, pretendeu-se captar o conjunto de conceitos, proposições e explicações que participam na produção das representações sociais das duas formas de medicina, e que as contrastam ou as articulam. Tendo ainda presente que existem variações interindividuais ancoradas em realidades colectivas, que se podem analisar a vários níveis, analisou-se dois tipos de ancoragem considerados pela Escola de Genève: a ancoragem sociológica e a ancoragem psicológica (Poeschl, 2003).

Assim, a nossa investigação teve como objectivos específicos: (a) captar os elementos das representações da medicina alternativa e complementar e da medicina oficial e descrever a forma como estes elementos estão organizados (objectivação); (b) analisar a atitude em relação às duas formas de medicina; (c) examinar em que medida as variações nas representações formadas são geradas por diferentes práticas sociais (recurso ou não recurso às técnicas da MAC), crenças (designadamente relativamente a eficácia respectiva das duas formas de medicina), pertenças sociais (nomeadamente o sexo de pertença) (ancoragem).

Descrevemos, no capítulo seguinte a metodologia adoptada para a prossecução destes objectivos.

CAPÍTULO III

METODOLOGIA DA INVESTIGAÇÃO

CAPÍTULO III

METODOLOGIA DA INVESTIGAÇÃO

Este capítulo tem por base as premissas teóricas evidenciadas nos dois primeiros capítulos. Descreve o modo como estas foram operacionalizadas para analisar o objecto que nos propomos investigar, e a população que participou no inquérito.

3.1. Grupos seleccionados

A escolha dos grupos sociais está relacionada com os objectivos da investigação. Desta forma, e com o objectivo de analisar a influência da prática da MAC e do sexo de pertença, seleccionou-se sujeitos de ambos os sexos utilizadores e não utilizadores de MAC nos últimos 5 anos. O critério temporal de utilização da MAC teve por base os resultados obtidos no estudo levado a cabo por Sharma (1992, 1995), os quais revelaram que a maioria dos entrevistados tinha tido o seu primeiro contacto com a MAC nos últimos 10 anos. No sentido de potenciar a recordação da experiência, no caso de se tratar de um utilizador esporádico, decidiu-se reduzir o período para 5 anos. A tradicional atribuição à mulher de competências na esfera familiar ao nível do cuidar (Poeschl, 2000) e os resultados de Sharma (1992, 1995) que evidenciam serem as mulheres responsáveis, na grande maioria dos casos, pela opção do tipo de cuidado de saúde (convencional ou não convencional) prestado aos seus filhos, especialmente, menores de 15 anos torna relevante analisar as suas percepções e contrasta-las com as do sexo masculino.

A selecção dos participantes foi efectuada segundo critérios de conveniência, pertencendo maioritariamente a um contexto urbano da zona do Norte e Centro de Portugal (Braga, Porto, Santa Maria da Feira, Santarém, Torres Vedras). A grande maioria dos questionários foram respondidos entre Julho e Outubro de 2006 (90%) tendo os restantes 10% sido preenchidos até Fevereiro de 2007. A principal razão ficou a dever-se à dificuldade perfazer a cota de participantes masculinos utilizadores da MAC.

Portanto, participaram neste estudo 120 sujeitos, 60 de ambos os sexos. Os utilizadores de MAC, com idades compreendidas entre 18 e 65 anos ($M=39.33$), têm as seguintes habilitações literárias: 4º ano (1,7%), 9º ano (13,3%), 12º ano (35%), Bacharelato/Licenciatura (40%) e pós graduação (10%). Os não utilizadores, com idades compreendidas entre 18 e 66 anos ($M=36.50$), apresentam as seguintes habilitações literárias: 4º ano (6,7%), 6º ano (1,7%), 9º ano (10%), 12º ano (38,3%), Bacharelato/Licenciatura (38,3%) e pós graduação (5%). Quanto à profissão, os utilizadores de MAC são quadros médios da administração e serviços (40%) ou empregados da administração e serviços (30%); 10% são estudantes, 8,33% reformados e 3,3% operários e desempregados. Os não utilizadores de MAC quadros médios da administração e serviços (28,3%) ou empregados da administração e serviços (28,3%); 20% são estudantes, 10% operários, 6,7% reformados e 5% desempregados. No que se refere à tendência política dos utilizadores de MAC, 39,3% são de tendência de esquerda, 33,9 de centro e 26,8 de direita; os não utilizadores de MAC são 51,9% de esquerda, 27,8 de centro e 20,5% de direita. Quanto à religião, 73% dos utilizadores de MAC são católicos, 5% professam outra religião e 20% afirmam não ter; os não utilizadores de MAC, são também na sua maioria católicos (81,7%) e 18,3% afirmam não ter nenhuma religião. Dos 60 utilizadores de MAC, 27 afirmaram estar a utilizar actualmente - pelo menos uma - terapia da MAC.

3.2. Questionário

O questionário, composto por sete partes (ver Anexo 1), englobou itens de resposta aberta, fechada e escalas de opinião. Após uma breve apresentação do estudo, e afirmada a confidencialidade e o anonimato, bem como a importância de uma resposta sincera, os sujeitos respondiam às diferentes partes do questionário.

A primeira parte do questionário era destinada a avaliar a prática ou não da MAC e a identificar as terapias utilizadas. Decidimos incluir estes itens na parte inicial do questionário a fim de estimular a identificação com o seu grupo.

Na segunda parte, interrogou-se os respondentes sobre as motivações e razões que foram importantes para terem utilizado ou não a MAC.

Com o intuito de analisar as representações das MOC e MAC solicitou-se na terceira parte, a associação livre de palavras ou expressões associadas a estes dois conceitos. Na presente investigação a designação utilizada no questionário elaborado foi a de Medicina Alternativa e/ou Complementar. Esta decisão resultou da análise efectuada ao pré-teste realizado. Os resultados das 6 pessoas submetidas ao pré-teste realizado demonstraram que os termos mais conhecidos, ou identificáveis, com a temática em estudo, eram o de “medicina alternativa” ou “medicina complementar”, ou a designação conjunta de “medicina alternativa e complementar”.

Com o objectivo de analisar a ancoragem psicológica das representações na crença da eficácia, incluímos, na quarta parte, escalas de tipo Likert para três níveis de resultados/eficácia passíveis de serem considerados: tratamento da doença; prevenção da doença e promoção da saúde.

Na quinta parte do questionário, procuramos analisar as vantagens e desvantagens associadas à MOC e à MAC. Para esse efeito, apresentamos aos participantes 4 quadros que deveriam ser preenchidos com os aspectos positivos (vantagens) e negativos (desvantagens) da MAC e da MOC.

Partindo da afirmação de Stone e Katz (2005b) “People’s beliefs about health and illness play an importante role in determining whether and when they seek medical care ...” (p.164), procuramos analisar em que medida os utilizadores da MAC diferiam dos não utilizadores quanto às suas concepções de saúde e doença.

Por último, efectuámos a recolha dos dados sócio demográficos.

3.3. Procedimento

Depois de se testar o questionário através da colaboração de seis sujeitos, três do sexo masculino e três do sexo feminino, o questionário de auto-administração foi distribuído pelo investigador ou colaboradores deste, directamente aos participantes. Aquando do

convite para participação no estudo, foi pedido aos colaboradores para não mencionarem terapias alternativas e complementares específicas devendo apenas perguntar ao potencial participante se nos últimos cinco anos usou ou não usou alguma medicina alternativa e/ou complementar.

3.4. Desenho experimental

O desenho experimental do estudo é um 2 (Prática de MAC: utilizador vs. não utilizador) x 2 (Sexo dos respondentes: masculino vs. feminino). Deste modo, o número de participantes foi igualmente distribuído por quatro condições experimentais: utilizadores de MAC homens, utilizadores de MAC mulheres, não utilizadores de MAC homens, não utilizadores de MAC mulheres. O Quadro 1 ilustra a repartição dos sujeitos pelas condições experimentais.

QUADRO 1

Distribuição dos sujeitos pelas condições experimentais

Sexo	Prática de MAC		Total
	Utilizadores	Não Utilizadores	
Homens	30	30	60
Mulheres	30	30	60
Total de sujeitos	60	60	120

3.5. Tratamento e análise dos dados

As terapias MAC enunciadas na primeira parte do questionário (ver Anexo 1) foram reduzidas à sua forma mais comum, de acordo com as regras proposta por Poeschl (1992). De seguida as proposições de sentido similar foram agrupadas à sua forma mais vulgar através do acordo de três juízes independentes, de modo a reduzir a influência das representações do investigador no tratamento dos dados.

Estes três juízes têm formação superior obtida em uma das seguintes áreas: ciências sociais e humanas; ciências da saúde e direito.

Posteriormente elaboramos um dicionário global, composto por todas as palavras evocadas, e vários dicionários específicos, resultante da junção das palavras associadas ao indutor (terapias MAC) pelos respondentes utilizadores e não utilizadores de MAC e de ambos os sexos. Sobre estes dicionários realizamos várias análises. Assim, procedeu-se primeiramente à análise descritiva de conteúdos, que consiste na análise da fluidez, amplitude e riqueza do material recolhido (Deconchy, 1971, *cit. in* Poeschl, 1992). A fluidez diz respeito à facilidade de expressão sobre o objecto e corresponde ao total de palavras evocadas. Por seu turno, a amplitude refere-se ao número de dimensões que se tornam acessíveis quando os sujeitos se exprimem acerca do objecto e é medido através da quantidade de palavras diferentes evocadas em resposta ao indutor. Por último, a riqueza da informação acerca do objecto é calculada pela razão entre o número de palavras diferentes (amplitude) e o número total de palavras evocadas (fluidez). Este índice varia entre 0 e 1, quanto mais elevado o seu valor mais rica é a sua informação (Poeschl, 1992). A seguir efectuou-se uma análise comparativa entre os diferentes dicionários a fim de se obter uma medida global de semelhança. Calcularam-se, assim, índices de similitude de Ellegard, através da divisão do número de palavras comuns a dois dicionários específicos pela raiz quadrada do produto do número de palavras diferentes em cada um dos dicionários. O índice varia entre 0 e 1 e é tanto mais elevado quanto maior é a proporção de palavras comuns (Di Giacomo, 1986).

Foram também efectuadas análises de frequência de evocação de cada terapia, que fornece um indicador da sua relevância e importância (Hampton, 1979, *cit. in* Poeschl, 1992). Com o objectivo de verificar se determinadas terapias são significativamente mais acessíveis a determinados grupos de sujeitos foram realizadas comparações quantitativas aplicando o teste do qui-quadrado sobre as frequências de evocação das terapias nas diferentes condições.

Jones (2005) elaborou uma categorização de práticas (convencionais, alternativas, complementares ou tradicionais) em função do seu mecanismo de acção terapêutico primário (ver p. 35). As terapias expressas foram também categorizadas nesta taxonomia com o objectivo de se analisar quais os mecanismos de acção terapêutica mais recorrentes na opção de utilizar a MAC.

Devido à natureza do material semântico encontrado, a totalidade do material recolhido na segunda, terceira, quinta e sexta parte do questionário foi submetido a uma análise de conteúdo a fim de se proceder à criação de categorias. Como refere Vala (2005), “ A classificação, a categorização, é uma tarefa que realizamos quotidianamente com vista a reduzir a complexidade do meio ambiente, estabilizá-lo, identificá-lo, ordená-lo ou atribuir-lhe sentido. A prática da análise de conteúdo baseia-se nesta elementar operação do nosso quotidiano e, tal como ela, visa *simplificar* para potenciar a apreensão e se possível a explicação” (p. 110). Dado o carácter iminentemente exploratório do estudo as categorias não foram criadas *a priori*. As referências teóricas do investigador orientaram a primeira exploração do material, e este, por sua vez, contribuiu para a análise, classificação e categorização do *corpus*. Uma vez criadas as categorias de análise de conteúdo procurou-se assegurar a sua exclusividade – todas as palavras podiam ser colocadas numa das categorias – e exclusividade, ou seja, que uma mesma unidade de registo só poderia caber numa categoria (Vala, 2005).

As diferentes categorias resultantes da análise de conteúdo foram posteriormente submetidas a uma análise da frequência de evocação em função de cada uma das variáveis independentes e a uma análise comparativa dessas frequências através do teste qui-quadrado foi realizada.

Para avaliar as diferenças entre os grupos, no modo como avaliam os diferentes graus de eficácia da MAC e da MOC (dados recolhidos na quarta parte do questionário), calculou-se em cada escala de Likert, as respectivas médias por grupos de sujeitos, entendidas como centros de gravidade da posição desses grupos (Doise, Clémence & Lorenzi-Cioldi, 1992). Posteriormente, procedeu-se a análises de variância para verificar a significância das diferenças de médias, através da existência de efeitos principais e/ou interações significativas das variáveis independentes nas diferentes escalas em análise.

3.6. Hipóteses de estudo

Embora o estudo tenha um carácter eminentemente exploratório (Sampieiri, Collado & Lúcio, 2006) o desenho experimental adoptado nesta investigação permite-nos testar as seguintes hipóteses:

Partindo do pressuposto que “des expériences communes aux membres de chaque groupe, leur insertion spécifique dans un ensemble de rapports sociaux partagés, donnent lieu à des dynamiques représentationnelles semblables” (Doise, 1992, p. 193), e que a insatisfação para com a MOC (Spence & Ribeaux, 2004), assim como a atractividade da MAC (Bishop, Yardley & Lewith, 2007; Siahpush, 1999; Astin, 1998), são factores que podem contribuir para a decisão de optar por terapias alternativas e complementares, esperamos que :

H1a: Os respondentes utilizadores da MAC tenham uma representação da MAC mais positiva do que os respondentes não utilizadores da MAC.

H1b: Os respondentes utilizadores da MAC tenham uma representação social da MOC mais negativa do que os respondentes não utilizadores da MAC.

Atendendo ao dado empírico que as mulheres utilizam mais do que os homens as terapias alternativas e complementares (Ernst, 2000) , esperamos que:

H2: Os respondentes femininos tenham uma representação da MAC mais positiva do que os respondentes masculinos utilizadores da MAC.

Considerando a hipótese avançada por Bersoussan (1999) de que o aumento nas taxas de utilização da MAC se deve ao pragmatismo de médicos e pacientes que procuram eficácia para o tratamento de determinadas condições e que a procura de padrões mais elevados de qualidade de vida pode levar os indivíduos a optar pelo uso de terapias alternativas e complementares (Spence & Ribeaux, 2004), esperamos que:

H3: Os respondentes utilizadores da MAC avaliem a MAC como sendo mais eficaz no tratamento e prevenção da doença e na promoção da saúde do que os respondentes não utilizadores da MAC.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS

CAPÍTULO IV

RESULTADOS

Neste capítulo apresentamos os resultados obtidos pelo nosso estudo realizado por meio de um questionário de perguntas abertas, fechadas e de escalas de opinião. Começamos por descrever a informação recolhida acerca da medicina alternativa e complementar. De seguida apresentamos as razões e motivações evocadas para a utilização - e não utilização - das terapias alternativas e complementares, e a representação da Medicina Oficial/Convencional e da Medicina Alternativa e/ou Complementar. Posteriormente, analisamos as vantagens e desvantagens atribuídas à Medicina Oficial/Convencional e à Medicina Alternativa e/ou Complementar, e as concepções de saúde e doença. Por último, avaliamos a crença na eficácia dos dois tipos de medicina nas dimensões prevenção da doença, promoção da saúde e tratamento das doenças.

4.1. Terapias da medicina alternativa e complementar

Começamos por analisar os dados relativos às terapias das medicinas alternativas e complementares evocados na primeira secção do questionário.

4.1.1. Análise descritiva

A análise descritiva dos conteúdos engloba a análise da fluidez, amplitude e riqueza dos campos semânticos recolhidos (ver Capítulo III). O Quadro 2 apresenta estes três índices.

QUADRO 2

Terapias da Medicina Alternativa e Complementar: Fluidez, Amplitude e Riqueza dos campos semânticos

	Utilizadores da MAC			Não Utilizadores da MAC			Total
	Homens	Mulheres	Total	Homens	Mulheres	Total	
Fluidez	51	50	101	64	72	136	237
Amplitude	13	13	16	16	16	19	19
Riqueza	.25	.26	.16	.25	.22	.14	.08

Através da análise do Quadro 2 podemos verificar que o dicionário global das terapias das medicinas alternativas e complementares é constituído por 237 palavras, das quais 19 são diferentes, cuja frequência varia entre 1 e 40, e com um grau de riqueza de .08. A análise dos valores da amplitude, fluidez e riqueza indica que estamos perante um estímulo bastante consensual e delimitado - o número de palavras diferentes é reduzido, reflectindo-se num grau de riqueza baixo.

A comparação dos dicionários específicos em função da utilização ou não da MAC, permite constatar que o segundo produz mais respostas do que o primeiro, sendo compostos por 101 palavras e 136 palavras respectivamente, não se traduzindo porém em diferenças marcadas de amplitude (utilizadores: 16; não utilizadores: 19). Por essa razão o dicionário dos utilizadores revela-se mais rico (.16) do que o dicionário dos não utilizadores (.14).

A análise da contribuição dos respondentes em função do seu sexo de pertença permite constatar que as mulheres não utilizadoras se destacam pelo maior número de palavras evocadas (72 palavras) mas também pela menor riqueza (.22), e as mulheres utilizadoras pela maior riqueza da informação (.26). Os homens utilizadores e não utilizadores de MAC apresentam um índice de riqueza igual (.25).

4.1.2. Análise da semelhança

Com o objectivo de aprofundar a análise das diferenças entre os campos semânticos foi efectuada uma análise da semelhança através do índice de Ellegard (ver Capítulo III). Os resultados são apresentados no Quadro 3.

QUADRO 3

Semelhança dos campos semânticos segundo o índice Rn de Ellegard

	Terapias MAC Utilizadores vs Não Utilizadores	Terapias MAC Homens vs Mulheres	Terapias MAC Utilizadores Homens vs Mulheres	Terapias MAC Não Utilizadores Homens vs Mulheres
nº de palavras comuns	.92	.90	.76	.81

A análise do Quadro 3 leva a concluir que, no geral, há grande consenso quanto às terapias MAC utilizadas, existindo no entanto variações em função dos grupos em análise. Assim, podemos constatar um forte semelhança entre os campos semânticos expressos pelos utilizadores e não utilizadores de MAC (Rn de Ellegard=.92) e em ambos os sexos (Rn de Ellegard =.90). As diferenças surgem quando comparamos os campos semânticos dos homens e mulheres utilizadores de MAC (Rn de Ellegard =.76) – onde a semelhança é menor – e dos homens e mulheres não utilizadores de MAC (Rn de Ellegard =.81).

4.1.3. Análise de frequências

Com o intuito de evidenciar as especificidades dos dicionários analisamos a frequência de evocação das terapias MAC, assim como das categorias definidas por Jones (2005). Comparamos ainda as frequências de evocação pelos diferentes grupos, através da medida do qui-quadrado, com vista à compreensão da sua singularidade (Quadro 4).

QUADRO 4

Terapias da medicina alternativa e complementar: Frequências de evocação e valores do qui-quadrado, quando significativos.

	Utilizadores da MAC			Não Utilizadores da MAC			T O T A L	Chi2 3-6
	1	2	3	4	5	6		
	Homens	Mulheres	Total	Homens	Mulheres	Total		
Energética	26	27	53	30	48	78	131	4.40*
Acupunctura	10	12	22	16	24	40	62	4.66*
Homeopatia	9	11	20	4	16	20	40	
Medicinas Orientais	4	2	6	4	2	6	12	
Reiki	2	2	4	3	2	5	9	
Hidroterapia	1	0	1	2	1	3	4	
Cromoterapia	0	0	0	1	1	2	2	
Tratamento Argilas	0	0	0	0	2	2	2	
Biomecânica	18	10	28	12	11	23	51	
Massagem	10	3	13	2	4	6	19	
Osteopatia	5	5	10	5	3	8	18	
Quiroprática	1	1	2	1	2	3	5	
Reflexologia	1	0	1	2	0	2	3	
Fisioterapia	0	1	1	0	2	2	3	
Yoga	1	0	1	2	0	2	3	
Bioquímica	7	11	18	10	10	20	38	
Produtos Naturais Ervanárias	4	9	13	7	5	12	25	
Naturopatia	2	1	3	3	4	7	10	
Mesoterapia	1	1	2	0	1	1	3	
Mente-Corpo	0	1	1	4	2	6	7	
Aromaterapia	0	1	1	4	2	6	7	
Psicológica	0	0	0	2	1	3	3	
Hipnoterapia	0	0	0	2	1	3	3	
Medicina Popular	0	1	1	6	0	6	7	
Agente de Medicina Popular	0	1	1	6	0	6	7	
Não sabe	0	0	0	1	2	3	3	
Outras	1	0	1	0	1	1	2	

*: $p < .05$

Pela análise do Quadro 4 verificamos que as seis terapias mais utilizadas nos últimos 5 anos pelo grupo com prática de MAC foram, por ordem decrescente: a acupunctura, a homeopatia, os produtos naturais, as massagens e a osteopatia. A acupunctura e homeopatia tomadas em conjunto correspondem a 41% das respostas dos utilizadores MAC. Por outras palavras, quase metade dos respondentes utilizou pelo menos uma destas terapias nos últimos 5 anos. Quanto ao grupo dos não utilizadores a acupunctura, homeopatia, produtos naturais, osteopatia e a naturopatia foram consideradas as cinco terapias mais utilizadas, sendo que as respostas “acupunctura” e “homeopatia” correspondente a 43% do total de respostas. Assim, em ambos os grupos, a acupunctura e a homeopatia emergem como as terapias mais relevantes da MAC. A referência à

“Medicina Oriental” no seu todo ($f=12$) indica que para alguns respondentes a MAC é entendida enquanto sistema médico que constitui um todo completo de teoria e prática com origem na cultura oriental.

Da análise ainda do Quadro 4 podemos observar que para a generalidade dos participantes o campo representacional das terapias MAC é distinto do da medicina popular, e que os homens não utilizadores referem mais vezes os agentes da medicina popular do que as mulheres (homens: 6, mulheres: 0; $\chi^2(1)=4.17$, $p<.05$). Por seu lado, as mulheres não utilizadoras evocam mais frequentemente a homeopatia do que os homens (homens: 16, mulheres: 24; $\chi^2(1)=6.05$, $p<.05$).

Quando as terapias evocadas são consideradas à luz das categorias propostas por Jones (2005) (ver p. 35) verificamos que para os utilizadores e não utilizadores os dois mecanismos de acção terapêutico primário mais relevantes são o “energético” (utilizadores: 53; não utilizadores: 73) e o “biomecânico” (utilizadores: 28; não utilizadores: 23).

4.2. Razões e motivações evocadas para a utilização - e não utilização - das terapias alternativas e complementares

Dada a natureza do material semântico encontrado, foi efectuada uma análise de conteúdo (ver Capítulo III) sobre das razões e motivações subjacentes à escolha – ou não - da utilização da Medicina Alternativa e/ou Complementar, recolhidas na segunda parte do questionário. Da análise das palavras, conceitos, proposições e explicações justificativas da acção de utilizar ou não a MAC resultou várias categorias e subcategorias apresentadas no Quadro 5 e Quadro 6 respectivamente.

QUADRO 5

Razões e motivações evocadas para a utilização das terapias alternativas e complementares

	Utilizadores da MAC		
	Homens	Mulheres	Total
	1	2	3
Foco na MOC	<u>6</u>	<u>10</u>	<u>16</u>
Ineficácia da MOC	5	5	10
Listas de espera na MOC	1	2	3
Falta de confiança na MOC	0	3	3
Foco na MAC	<u>72</u>	<u>65</u>	<u>137</u>
Natural/Sem efeitos Secundários MAC	14	21	35
Eficácia Tratamento	11	11	22
Eficácia Prevenção	15	10	25
Conselho da rede social MAC	9	3	12
Filosofia da MAC	7	4	11
Nova Experiência/Curiosidade pela MAC	4	5	9
Problemas de saúde específicos MAC	3	4	7
Confiança na MAC	3	2	5
Responsabilidade pessoal MAC	3	0	3
Relação terapeuta-cliente MAC	1	2	3
Custos Baixos MAC	1	2	3
Outras	<u>1</u>	<u>1</u>	<u>2</u>
Total	79	76	155

Como se pode observar do Quadro 5 as razões e motivações evocadas organizam-se em torno de duas grandes categorias que reflectem o foco da tomada de decisão. A tomada de decisão com “Foco na MOC” indica um argumento de escolha pela negativa da MAC, resultante de uma insatisfação com a MOC ao nível da sua ineficácia, das suas listas de espera e de um sentimento geral de falta de confiança. Por seu turno, a tomada de decisão com “Foco na MAC” indica um argumento de escolha pela positiva,

reflectindo uma atractividade intrínseca à MAC, nos termos de: ser considerada natural e sem efeitos secundários; na avaliação subjectiva da sua eficácia nos tratamentos e prevenção da doença; na satisfação pela relação terapeuta-cliente estabelecida; pelos custos baixos e procura de novas experiências; pela adequação a problemas de saúde específicos; no sentimento geral de confiança; pela filosofia que promove e ensina; em cuja fonte principal de informação para a escolha da MAC é a rede social do indivíduo, nomeadamente familiares e amigos, e em que a tomada de decisão pode ser também entendida como um acto de responsabilidade pessoal.

Da análise de frequência podemos verificar que a decisão de utilizar a MAC apresenta uma frequência mais elevada na atractividade da MAC do que na insatisfação para com a MOC (Foco MAC: 137; Foco MOC:16), destacando-se como mais relevantes as subcategorias “natural/sem efeitos secundário” (f=35), “eficácia na prevenção” (f=25) e “eficácia no tratamento” (f=22); “conselho da rede social” (f=12) e “filosofia da MAC” (f=11).

Assim, os dados sugerem que os utilizadores de MAC apoiam a sua tomada de decisão de usar a MAC não tanto numa insatisfação face à MOC e mais numa atractividade da MAC resultante da interacção do conjunto de factores anteriormente referidos. O teste de qui-quadrado não evidenciou diferenças significativas entre homens e mulheres.

No Quadro 6 apresentamos os resultados que se referem às razões e motivações evocadas para a não utilização das terapias da medicina alternativa e complementar.

QUADRO 6

Razões e motivações evocadas para a não utilização das terapias da medicina alternativa e complementar

	Não Utilizadores da MAC		
	Homens	Mulheres	Total
	1	2	3
Foco na MOC	<u>13</u>	<u>12</u>	<u>25</u>
Confiança na MOC	7	5	12
Eficácia da MOC	5	4	9
Norma utilizar MOC	1	3	4
Foco na MAC	<u>26</u>	<u>25</u>	<u>51</u>
Falta de informação MAC	9	13	22
Falta de confiança na MAC	9	4	13
Elevados custos / Não participada MAC	3	6	9
Ineficácia da MAC	3	0	3
Difícil acessibilidade da MAC	2	0	2
Outras MAC	0	2	2
Foco não especificado	<u>22</u>	<u>18</u>	<u>40</u>
Não sentir necessidade	17	15	32
Ausência de problemas de saúde/doenças	5	3	8
Total	61	55	116

Como se pode observar do Quadro 6 as razões e motivações evocadas organizam-se em torno de três grandes categorias que reflectem o foco da tomada de decisão para a não utilização da MAC. Duas categorias “Foco na MAC” e “Foco na MOC”, emergiram de igual modo na análise do material semântico das razões e motivações para a utilização da MAC, e uma terceira categoria “Foco não especificado” surge como uma nova categoria. A categoria “Foco na MOC” reflecte a satisfação com a MOC em termos de um sentimento geral de confiança e de uma avaliação subjectiva de eficácia das suas acções, bem como decorrente do carácter normativo do seu uso. Por sua vez, a categoria “Foco na MAC” exprime incertezas, inseguranças e dificuldades decorrentes da: falta de informação; sentimento geral de falta de confiança; elevados custos; avaliação

subjectiva de ineficácia e difícil acessibilidade associada aos poucos técnicos existentes e sua distribuição pela geografia do país. Por último, as razões e motivações de “Foco não especificado” remetem a opção de não utilizar a MAC para o seu estado de saúde “ausência de problemas de saúde/doença” e para o facto de “não sentir necessidade”.

Da análise de frequências podemos observar que a categoria “Foco na MAC” é a mais evocada (f=51), seguido da categoria “Foco não especificado” (f=40) e por último a de “Foco na MOC” (f=25).

Na categoria “Foco na MAC” a “falta de informação” (f=22), “falta de confiança” (f=13) e “elevados custos/não participada” (f=9) emergem como as três categorias mais relevantes. No que diz respeito à categoria “Foco na MOC” a subcategoria que mais se evidencia é a “confiança na MOC” (f=12). Por último, a subcategoria “não sentir necessidade”, da categoria “Foco não especificado”, sobressai com a maior frequência de evocação (f=32). O teste de qui-quadrado não revela diferenças significativas entre homens e mulheres.

De um modo geral, os resultados parecem indicar que os utilizadores de MAC não baseiam muito a sua decisão de usar MAC em razões e motivações associadas à insatisfação com a MOC. De modo semelhante, os não utilizadores de MAC também não referem a satisfação com a MOC quando evocam as suas razões para não utilizarem a MAC. O foco central da decisão é, nos dois casos, a Medicina Alternativa e Complementar. Assim, parece que os utilizadores são mais movidos - na sua opção - pela atractividade da MAC e os não utilizadores, embora com reservas, não parecem querer fechar a porta a uma possível necessidade de no futuro poderem vir a utilizar a MAC.

4.3. Representação da Medicina Oficial/Convencional e da Medicina Alternativa e/ou Complementar e ancoragem sociológica

O material semântico recolhido na terceira parte do questionário através das associações aos indutores “Medicina Oficial/Convencional e “Medicina Alternativa e/ou Complementar”. O material semântico obtido foi também submetido a uma análise de

conteúdo (ver Capítulo III). Da análise das palavras, conceitos e proposições resultou várias categorias que estão registadas no Quadro 7.

QUADRO 7

Medicina Oficial/Convencional e Medicina Alternativa/Complementar: Frequências de evocação por prática e sexo do respondente. Valores do qui-quadrado, quando significativos

	MOC								MAC						Total	Chi 2 3-6
	1		2		3	4		5		6						
	Utilizador MAC		Não utilizador MAC		Total MOC	Utilizador MAC		Não utilizador MAC		Total MAC						
	H	M	H	M		H	M	H	M							
Abertura de espírito	0	0	0	0	0	5	2	1	3	11	11	9.09**				
Aceitação social	9	5	12	4	30	0	0	0	0	0	30	28.03***				
Alternativa	0	0	0	0	0	1	4	3	1	9	9	7.11**				
Ambiente de conforto	0	0	0	0	0	1	1	1	0	3	3					
Aperfeiçoamento de conhecimentos	2	0	2	1	5	0	0	0	0	0	5					
Burocrática	0	2	1	0	3	0	0	0	0	0	3					
Charlatanismo	0	0	0	0	0	2	1	8	3	14	14	12.07***				
Ciência e Tecnologia	5	1	10	5	21	0	0	0	0	0	21	19.05***				
Confiança, segurança	5	3	7	3	18	7	5	2	2	16	34					
Custos baixos	0	0	0	0	0	2	0	0	0	2	2					
Custos elevados	2	1	1	0	4	2	5	2	3	12	16					
Doença e dor	2	1	4	3	10	0	0	0	0	0	10	8.10**				
Efeitos secundários	8	2	1	0	11	0	0	0	0	0	11	9.09**				
Eficácia prevenção e promoção	2	0	2	4	8	15	7	2	11	35	43	15.72***				
Eficácia Tratamento	12	4	5	7	28	11	7	2	2	22	50					
Especializada	1	2	2	3	8	0	0	0	0	0	8	6.13*				
Exames de diagnóstico	4	4	3	3	14	0	0	0	0	0	14	12.07***				
Fácil Acessibilidade	0	2	4	1	7	0	0	0	0	0	7	5.14*				
Filas e Listas de Espera	4	9	2	6	21	0	0	0	0	0	21	19.05***				
Filosofia Holística	0	0	0	0	0	8	3	1	0	12	12	10.08**				
Hospitais	4	6	10	14	34	0	0	0	0	0	34	32.03***				
Impessoal	5	4	2	0	11	0	0	0	0	0	11	9.09**				
Incompleta, Ineficaz	7	4	3	0	14	0	0	0	0	0	14	12.07***				
Medicamentos	15	17	4	16	52	0	0	0	0	0	52	50.02***				
Médico	3	4	12	13	32	0	0	0	0	0	32	30.03***				
Não regulamentada, não institucionalizada	0	0	0	0	0	4	2	4	2	12	12	10.08**				
Natural, sem efeitos secundários	0	0	0	0	0	18	16	6	17	57	57	55.02***				
Negócio	7	1	1	2	11	0	1	2	0	3	14					
Oculto	0	0	0	0	0	1	0	5	4	10	10	8.10**				
Personalizada	0	0	0	0	0	6	3	3	3	15	15	13.07***				
Pouca informação	0	0	0	0	0	1	1	1	0	3	3					
Procedimentos, Outros	5	5	11	12	33	9	7	10	12	38	71					
Agentes, Espaços																
Prontidão no atendimento	0	0	0	0	0	2	3	1	1	7	7	5.14*				
Risco	0	0	0	0	0	2	3	9	4	18	18	16.06***				
Tratamento adicional	0	0	0	0	0	6	5	4	6	21	21	19.05***				
Útil	4	0	0	0	4	0	0	0	0	0	4					
Outras	2	3	2	2	9	6	4	3	4	17	26					

***: $p < .001$; **: $p < .01$; *: $p < .05$

Através da leitura do Quadro 7 observamos que a análise de conteúdo do material obtido para ambas as medicinas extraiu 37 categorias. Quanto consideramos a MAC, os aspectos mais estruturantes incluem as dimensões categoriais: “natural/sem efeitos secundários” (f=57); “procedimentos, outros agentes e espaços” (f=38); “eficácia na prevenção da doença e promoção da saúde” (f=35); “eficácia no tratamento” (f=22) e “tratamento adicional” (f=21). Por sua vez, os aspectos mais estruturantes da MOC englobam os “medicamentos” (f=52), os “hospitais” (f=34) e os “médicos” (f=32), os “procedimentos, outros agentes, espaços” (f=33), a “aceitação social” (f=30), a eficácia no tratamento (f=28), “ciência e tecnologia” (f=21) e “filas e listas de espera” (f=31). A frequência mais elevada atribuída às categorias “natural/sem efeito secundário” e “medicamentos” parecem revelar a centralidade dos efeitos indesejáveis associados aos medicamentos ou a ausência dos mesmos na representação de ambas as medicinas. Este resultado parece reflectir uma consciencialização do risco associado aos efeitos indesejados dos fármacos convencionais – risco fabricado Giddens (1991) e Beck (1992) – e uma procura do natural (Bensoussan, 1999).

Como podemos observar no Quadro 7, a análise que compara as frequências relativamente às duas medicinas evidencia vinte e cinco diferenças entre si. A MAC apresenta uma maior frequência de respostas do que a MOC em doze categorias, e é representada diferenciadamente quando comparada com a MOC como tendo: “abertura de espírito” ($\chi^2(1)=9.09$, $p<.01$), “eficácia na prevenção da doença e promoção da saúde” ($\chi^2(1)=15.72$, $p<.001$), “filosofia holística” ($\chi^2(1)=10.08$, $p<.01$), “prontidão no atendimento” ($\chi^2(1)=5.14$, $p<.05$) e “risco” ($\chi^2(1)=16.06$, $p<.001$); sendo: “alternativa” ($\chi^2(1)=7.11$, $p<.01$), “charlatanismo” ($\chi^2(1)=12.07$, $p<.001$), “natural/sem efeitos secundários” ($\chi^2(1)=55.02$, $p<.001$); “oculto” ($\chi^2(1)=8.10$, $p<.01$), “personalizada” ($\chi^2(1)=13.07$, $p<.001$), “tratamento adicional” ($\chi^2(1)=19.05$, $p<.001$) e não estando “regulamentada, institucionalizada” ($\chi^2(1)=10.08$, $p<.01$). Por seu turno, a representação da MOC diferencia-se da MAC (em treze categorias) como tendo: “aceitação social” ($\chi^2(1)=28.03$, $p<.001$), “efeitos secundários” ($\chi^2(1)=9.09$, $p<.01$), “fácil acessibilidade” ($\chi^2(1)=5.14$, $p<.05$), “filas e listas de espera” ($\chi^2(1)=19.05$, $p<.001$); sendo: “ciência e tecnologia” ($\chi^2(1)=19.05$, $p<.001$), “especializada” ($\chi^2(1)=6.13$, $p<.05$), “impessoal” ($\chi^2(1)=9.09$, $p<.01$), “incompleta, ineficaz” ($\chi^2(1)=12.07$, $p<.001$); e estando associada à “doença e dor” ($\chi^2(1)=8.10$, $p<.01$), aos “exames de diagnóstico” ($\chi^2(1)=12.07$, $p<.001$),

aos “hospitais” ($\chi^2(1)=32.03$, $p<.001$), “médicos” ($\chi^2(1)=30.03$, $p<.001$) e aos “medicamentos” ($\chi^2(1)=50.02$, $p<.001$).

A comparação das frequências das categorias evocadas referentes à MOC entre utilizadores e não utilizadores da MAC evidencia apenas quatro diferenças. Assim, a categoria “efeitos secundários” é mais evocada pelo utilizadores da MAC do que pelos não utilizadores (utilizadores: 10, não utilizadores: 1; $\chi^2(1)=5.82$, $p<.05$). Embora fosse expectável a existência de um maior número de diferenças este resultado apoia o sentido da nossa hipótese 1b, ou seja, que os utilizadores têm uma representação mais negativa da MOC do que os não utilizadores. No sentido oposto, são os não utilizadores da MAC que evocam mais vezes a categoria “hospital” (utilizadores: 10, não utilizadores: 24; $\chi^2(1)=4.97$, $p<.05$), “médicos” (utilizadores: 7, não utilizadores: 25; $\chi^2(1)=9.03$, $p<.05$) e “procedimentos, outros agentes, espaços” (utilizadores: 10, não utilizadores: 23; $\chi^2(1)=4.36$, $p<.05$), todas elas ligadas a aspectos muito concretos e físicos da MOC.

Quando analisamos as frequências das categorias evocadas referentes à MOC dos utilizadores e não utilizadores da MAC em função do sexo do respondente, constatamos que não existem diferenças significativas entre homens e mulheres utilizadores e que entre os não utilizadores as mulheres evocam mais vezes a categoria “medicamentos” (homens: 4, mulheres: 16; $\chi^2(1)=6.05$, $p<.05$).

Relativamente à comparação das frequências das categorias evocadas referentes à MAC entre utilizadores e não utilizadores da MAC esta evidencia apenas três diferenças. Os utilizadores evocam mais a “eficácia do tratamento” (utilizadores: 18, não utilizadores: 4; $\chi^2(1)=7.68$, $p<.01$) e a “filosofia holística” (utilizadores: 11, não utilizadores: 1; $\chi^2(1)=6.75$, $p<.01$) do que os não utilizadores, e inversamente os não utilizadores referem mais vezes a categoria “oculto” (utilizadores: 1, não utilizadores: 9; $\chi^2(1)=4.90$, $p<.01$). Embora fosse expectável a existência de um maior número de diferenças estes resultados apoiam o sentido da nossa hipótese 1a, de que os respondentes utilizadores da MAC tenham uma representação da MAC mais positiva do que os respondentes não utilizadores da MAC.

Da análise de frequências das categorias evocadas referentes à MAC dos utilizadores e não utilizadores da MAC, em função do sexo do respondente, constatamos que não

existem diferenças entre homens e mulheres utilizadores. Contudo, as mulheres não utilizadoras evocam mais vezes as categorias “eficácia prevenção da doença e promoção da saúde” (homens: 2, mulheres: 11; $\chi^2(1)=4.92$, $p<.05$) e “natural, sem efeitos secundários” (homens: 6, mulheres: 17; $\chi^2(1)=4.35$, $p<.05$), o que suporta o sentido da nossa hipótese h2 (Os respondentes femininos têm uma representação social da MAC mais positiva do que os respondentes masculinos).

Parece pois haver menos diferenças relativamente à medicina (MAC e MOC) nos utilizadores MAC do que nos não utilizadores e as diferenças entre homens e mulheres não utilizadores da MAC, com as mulheres a serem mais favoráveis do que os homens às MACs, desaparecem quando os indivíduos se tornam utilizadores das MACs.

4.4. Vantagens e Desvantagens da Medicina Oficial/Convencional e da Medicina Alternativa e/ou Complementar

Tal como o material analisado nas duas secções anteriores procedemos a uma análise de conteúdo das vantagens e desvantagens atribuídas à Medicina Oficial/Convencional e à Medicina Alternativa e/ou Complementar, recolhidas na quinta parte do questionário. sobre o material semântico encontrado foi efectuada uma análise de conteúdo (ver capítulo III). As categorias encontradas e a distribuição das frequências em função das variáveis independentes podem ser visualizadas no Quadro 8 e Quadro 9.

QUADRO 8

Vantagens da Medicina Oficial/Convencional e da Medicina Alternativa/Complementar: Frequências de evocação por prática e sexo do respondente. Valores do qui-quadrado, quando significativos.

	MOC					MAC					Total	Chi 2 3-6
	1		2		3	4		5		6		
	Utilizador MAC		Não utilizador MAC			Utilizador MAC		Não utilizador MAC				
	H	M	H	M		H	M	H	M			
					Total MOC					Total MAC		
Abertura	0	0	0	0	0	2	0	1	2	5	5	
Acesso Fácil	12	8	10	6	36	4	3	2	2	11	47	12.26***
Alternativa	0	0	0	0	0	1	1	3	2	7	7	5.14*
Ambiente calmo	0	0	0	0	0	0	1	2	0	3	3	
Científica, tecnológica	12	2	9	10	33	0	0	0	0	0	33	31.03***
Complementar	0	0	0	0	0	0	0	3	5	8	8	6.13*
Conhecida	0	2	4	4	10	0	0	0	0	0	10	8.10**
Conhecimentos antigos	0	0	0	0	0	2	0	2	1	5	5	
Custos baixos	11	13	6	8	38	4	0	1	0	5	43	23.81***
Diversa, específica	4	0	7	1	12	0	0	0	0	0	12	10.08**
Eficácia prevenção e promoção	5	0	1	2	8	12	8	3	6	29	37	10.81**
Eficácia tratamento	11	6	7	10	34	7	6	4	5	22	56	
Emoções, sentimentos, sensações positivas	0	0	0	0	0	1	1	1	1	4	4	
Filosofia holística	0	0	0	0	0	8	4	3	2	17	17	15.06***
Humanismo	1	0	1	1	3	3	1	3	3	10	13	
Legitimada, regulamentada	4	6	4	5	19	0	0	0	0	0	19	17.05***
Medicamentos	2	3	1	1	7	0	0	0	0	0	7	5.14*
Não invasiva	0	0	0	0	0	1	1	2	0	4	4	
Natural, sem efeitos secundários	0	0	0	0	0	19	18	13	20	70	70	68.01***
Rapidez da acção terapêutica	6	7	5	7	25	0	0	0	0	0	25	23.04***
Recuperação rápida	0	0	0	0	0	1	3	0	0	4	4	
Relação terapeuta-cliente	0	0	0	0	0	7	3	3	1	14	14	12.07***
Segura, confiável	9	8	8	10	35	0	0	0	0	0	35	33.03***
Serviços disponibilizados	11	8	8	6	33	0	0	0	0	0	33	31.03***
Útil	0	0	0	0	0	1	1	5	6	13	13	11.08***
Inexistentes	0	0	0	0	0	0	1	1	1	3	3	
Não sabe	0	0	0	0	0	0	0	4	0	4	4	
Outras	3	1	1	1	6	5	1	3	0	9	15	

***: $p < .001$; **: $p < .01$; *: $p < .05$

A análise dos resultados registados no Quadro 8 permite constatar que foram evocadas 28 tipos de vantagens e que MAC e MOC diferem em dezassete categorias.

A MAC apresenta como vantagem em relação à MOC o ser: “alternativa” ($\chi^2(1)=5.14$, $p<.05$), “complementar” ($\chi^2(1)=6.13$, $p<.05$), “natural, sem efeitos secundários” ($\chi^2(1)=68.01$, $p<.001$) e “útil” ($\chi^2(1)=11.08$, $p<.001$); o ter: “eficácia na prevenção da doença e promoção da saúde” ($\chi^2(1)=10.81$, $p<.01$); e a sua “filosofia holística” ($\chi^2(1)=15.06$, $p<.001$), bem como a satisfação com a relação “terapeuta-cliente” que se estabelece ($\chi^2(1)=12.07$, $p<.001$). Estes resultados reafirmam o relevo que análises anteriores encontraram no que diz respeito ao papel da categoria “natural/sem efeitos secundários” e “eficácia na prevenção da doença e promoção da saúde” na representação da MAC. A “filosofia holística” reflecte uma visão holística do “eu”, da saúde e das causas da doença transmitida pela MAC e a relação “terapeuta-cliente” exprime a satisfação com a relação estabelecida. Tomadas no seu conjunto estas vantagens parecem responder a algumas das desvantagem apontadas à MOC (ver Quadro 9). Quanto às vantagens “Alternativa” e “Complementar” parecem reforçar a ideia de que no pensamento dos sujeitos a MAC pode ser utilizada de modo alternativo e/ou complementar; pode também ser um recurso “útil”.

A comparação das frequências das categorias evocadas referentes às vantagens da MAC entre utilizadores da MAC e não utilizadores evidencia diferenças somente nas categorias “complementar” (utilizadores: 0, não utilizadores: 8; $\chi^2(1)=6.13$, $p<.05$) e “útil” (utilizadores: 2, não utilizadores: 11; $\chi^2(1)=6.13$, $p<.05$), ou seja, os não utilizadores evocam-nas mais vezes. A análise das categorias evocadas referentes às vantagens da MAC entre utilizadores da MAC e não utilizadores em função do sexo do respondente revelou que não existem diferenças significativas.

Por seu turno, são entendidas como vantagens da MOC em relação à MAC, o facto de ser: “científica e tecnológica” ($\chi^2(1)=31.03$, $p<.001$), “conhecida” ($\chi^2(1)=8.10$, $p<.01$), “diversa, específica” ($\chi^2(1)=10.08$, $p<.01$), “legitimada, regulamentada” ($\chi^2(1)=17.05$, $p<.001$), “segura, confiável” ($\chi^2(1)=33.03$, $p<.001$); ter: “acesso fácil” ($\chi^2(1)=12.26$, $p<.001$), “custos baixos” ($\chi^2(1)=23.81$, $p<.001$), “rapidez da acção terapêutica” ($\chi^2(1)=23.04$, $p<.001$) e estar associada a “medicamentos” ($\chi^2(1)=5.14$, $p<.05$) e a determinados “serviços disponibilizados” ($\chi^2(1)=11.08$, $p<.001$). A análise destes

resultados sugere que ao equacionarem as vantagens da MOC em relação à MAC, factores de ciência e tecnologia (ex: investigação), de regulamentação e legitimação, de segurança, bem como de acessibilidade mais fácil, custos baixos, rapidez da acção terapêutica e serviços disponibilizados, como por exemplo ao nível dos exames de diagnóstico, são levados em conta.

A comparação das frequências das categorias evocadas referentes às vantagens da MOC entre utilizadores da MAC e não utilizadores não revela diferenças. No entanto, a análise de frequências das vantagens da MOC atribuídas pelos utilizadores e não utilizadores da MAC, em função do sexo do respondente, revela que entre os utilizadores da MAC os homens evocam mais a categoria “ciência e tecnologia” do que as mulheres (homens: 12, mulheres: 2; $\chi^2(1)=5.79$, $p<.05$). Não existem diferenças entre homens e mulheres não utilizadores de MAC.

As desvantagens associadas à Medicina Oficial/Convencional e à Medicina Alternativa e/ou Complementar são registadas no Quadro 9.

QUADRO 9

Desvantagens da Medicina Oficial/Convencional e Medicina Alternativa/Complementar: Frequências de evocação por prática e por pertença sexual. Valores do qui-quadrado, quando significativos.

	MOC								MAC				Total	Chi 2 3-6
	1		2		3	4		5		6				
	Utilizador MAC		Não utilizador MAC			Utilizador MAC		Não utilizador						
	H	M	H	M		H	M	H	M		Total MAC			
Acesso difícil	7	14	14	13	48	4	2	2	1	9	57	25.33***		
Charlatanice	0	0	0	0	0	6	2	5	1	14	14	12.07***		
Custos elevados	10	8	11	5	34	10	18	8	13	49	83			
Desumanizada	5	9	7	4	25	0	0	0	0	0	25	23.04***		
Diagnósticos	6	1	1	1	9	0	0	0	0	0	9	7.11**		
Efeitos secundários	9	10	3	2	24	0	0	0	0	0	24	22.04***		
Excesso de medicamentos, químicos	7	2	0	5	14	0	0	0	0	0	14	12.07***		
Falta de bases científicas	0	0	0	0	0	4	1	4	0	9	9	7.11**		
Falta de segurança	0	0	0	0	0	2	6	1	3	12	12	10.08**		
Falta de enquadramento legal e institucional	0	0	0	0	0	11	5	5	4	25	25	23.04***		
Fechada	0	0	3	2	5	0	0	0	0	0	5			
Ineficácia	4	1	2	5	12	6	1	6	4	17	29			
Invasiva	2	0	1	2	5	0	0	0	0	0	5			
Medicamentos	12	9	5	11	37	0	0	0	0	0	37	35.03***		
Não holística	6	6	3	0	15	0	0	0	0	0	15	13.07***		
Negócio	5	1	2	2	10	0	0	0	0	0	10	8.10**		
Pequeno campo de acção	0	0	0	0	0	3	1	1	3	8	8	6.13*		
Perigos, limitações da medicação natural	0	0	0	0	0	1	2	0	2	5	5			
Pouca informação	0	0	0	0	0	8	4	10	8	30	30	28.03***		
Pouco investigada	0	0	0	0	0	1	0	1	0	2	2			
Relação médico-cliente	5	6	6	2	19	0	0	0	0	0	19	17.05***		
Resultados lentos	0	0	0	0	0	5	8	1	3	17	17	15.06***		
Não tem	0	0	1	0	1	1	0	1	0	2	3			
Não sabe	0	0	0	0	0	0	0	3	0	3	3			
Outras	1	3	3	1	8	1	3	4	1	9	17			

***: $p < .001$; **: $p < .01$; *: $p < .05$

Pela análise do Quadro 9 verificamos que foram associadas à MAC e MOC vinte e cinco desvantagens e que existem diferenças significativas em dezasseis das categorias de desvantagens evocadas.

A MAC apresenta como desvantagem em relação à MOC o ser: “charlatanice” ($\chi^2(1)=12.07$, $p<.001$); o ter: “falta de bases científicas” ($\chi^2(1)=7.11$, $p<.01$), “falta de segurança” ($\chi^2(1)=10.08$, $p<.01$), “falta de enquadramento legal e institucional” ($\chi^2(1)=23.04$, $p<.001$), “pequeno campo de acção” ($\chi^2(1)=6.13$, $p<.05$), “resultados lentos” ($\chi^2(1)=15.06$, $p<.001$) e a existência de “pouca informação” ($\chi^2(1)=28.03$, $p<.001$). A comparação das frequências em função da prática e da prática e sexo do respondente não revela diferenças.

Por seu lado, são entendidas como desvantagens da MOC em relação à MAC, o facto de ser: “desumanizada” ($\chi^2(1)=23.04$, $p<.001$), “não holística” ($\chi^2(1)=13.07$, $p<.001$), “negócio” ($\chi^2(1)=8.10$, $p<.01$); ter: “acesso difícil” ($\chi^2(1)=25.33$, $p<.001$), “efeitos secundários” ($\chi^2(1)=22.04$, $p<.001$); e os medicamentos ($\chi^2(1)=35.03$, $p<.001$), diagnósticos ($\chi^2(1)=7.11$, $p<.01$), “excesso de medicamentos, químicos” ($\chi^2(1)=12.07$, $p<.001$) e a insatisfação com a “relação médico-cliente”.

A comparação das frequências das categorias evocadas referentes às desvantagens da MOC entre utilizadores da MAC e não utilizadores evidencia duas diferenças. Os utilizadores MAC evocam mais do que os não utilizadores as categorias “efeitos secundários (utilizadores: 19, não utilizadores: 5; $\chi^2(1)=7.04$, $p<.05$) e “não holística” (utilizadores: 19, não utilizadores: 5; $\chi^2(1)=4.27$, $p<.05$). A análise de frequências das desvantagens da MOC atribuídas pelos utilizadores e não utilizadores da MAC em função do sexo do respondente não revela diferenças.

Por seu turno, a comparação das frequências das categorias evocadas referentes às desvantagens da MAC não revela diferenças entre utilizadores da MAC e não utilizadores. A análise de frequências das desvantagens da MAC atribuídas pelos utilizadores e não utilizadores da MAC em função do sexo do respondente também não revela diferenças.

Concluindo, a análise conjunta das vantagens e desvantagens da MAC e da MOC em função das diferenças encontradas parece indicar um contínuo em que emergem os seguintes pólos: natural, sem efeitos secundários - efeitos secundários; filosofia holística

- não holística; satisfação com a relação terapeuta-cliente - insatisfação com a relação médico-cliente; científica e tecnológica - falta de bases científicas; conhecida - pouca informação; legitimada, regulamentada - falta de enquadramento legal e institucional; segura, confiável - falta de segurança; rapidez da acção terapêutica - resultados lentos.

Estes resultados sugerem uma visão das vantagens da MOC e das desvantagens da MAC semelhante entre os utilizadores da MAC e não utilizadores. Contudo, nas desvantagens da MOC, para os utilizadores da MAC as categorias “efeitos secundários” e “não holística” são mais relevantes. Estas duas categorias espelham as dinâmicas que temos vindo a abordar ao longo deste trabalho. Por um lado, factores de insatisfação, neste caso identificado na categoria “efeitos secundários” e, por outro lado, factores de atractividade associadas à MAC, como sendo a filosofia holística, que neste contexto emerge como ausência na MOC (“não holística”). O papel da ciência neste processo é menos claro, mas parece residir mais ao nível dos sexos dos utilizadores, tendo a ciência e a tecnologia uma menor relevância para as mulheres enquanto vantagem da MOC. Por último, a maior relevância atribuída às categorias “complementar” e “útil” pelos não utilizadores de MAC enquanto vantagens da MAC parece vir reforçar os resultados obtidos no que diz respeito às razões – mais especificamente do “Foco não especificado” - justificativas da sua não utilização da MAC. No sistema de pensamento dos não utilizadores a MAC é útil, ou que pode ser utilizada como complemento à MOC, e caso venham a sentir necessidade a elas recorrerão no futuro.

4.5. Representação da saúde e doença

Para analisar as representações da saúde e da doença foi aplicado uma análise de conteúdo sobre o material semântico recolhido na sexta parte do questionário. O Quadro 10 e o Quadro 11 apresentam os resultados desta análise.

QUADRO 10

Representação da saúde: Categorias e frequências de evocação

	Utilizadores da MAC			Não Utilizadores da MAC			Total
	1	2	3	4	5	6	
	Homens	Mulheres	Total	Homens	Mulheres	Total	
Bem-estar	19	18	37	17	19	36	73
Emoções, sentimentos, estados positivos	18	17	35	13	11	24	59
Bem essencial	7	11	18	8	13	21	39
Comportamentos, atitudes pessoais de cuidado	8	6	14	6	4	10	24
Equilíbrio, harmonia	6	5	11	0	4	4	15
Estar apto, ter autonomia	7	0	7	3	2	5	12
Ausência de doença	1	2	3	3	5	8	11
Outra	1	2	3	2	3	5	8

QUADRO 11

Representação da doença: Categorias e frequências de evocação

	Utilizadores da MAC			Não Utilizadores da MAC			Total
	1	2	3	4	5	6	
	Homens	Mulheres	Total	Homens	Mulheres	Total	
Emoções, sentimentos, estados negativos	19	21	40	19	21	40	80
Mal-estar	9	12	21	12	8	20	41
Dor, sofrimento	11	8	19	3	6	9	28
Debilidade	6	8	14	7	9	16	30
Desequilíbrio	5	3	8	1	2	3	11
Responsabilização pelos comportamentos passados e futuros	6	2	8	0	2	2	10
Ausência de saúde, bem-estar	0	2	2	1	5	6	8
Outra	0	0	0	2	1	3	3

Ao evocar a saúde e a doença, os inquiridos exprimiram, em primeiro lugar, um conjunto de emoções, respectivamente positivas e negativas, assim como um sentimento geral de bem-estar e mal-estar. A responsabilidade pessoal é sublinhada já que a saúde, como bem essencial, implica comportamentos adequados e que comportamentos inadequados podem gerar a dor e o sofrimento que caracterizam a doença.

As análises realizadas em função das variáveis independentes estudadas revelaram apenas uma diferença. Na concepção da saúde, os homens utilizadores da MAC

evocaram mais do que as mulheres a categoria “Estar apto, ter autonomia” (homens: 7; mulheres: 0; $\chi^2(1)=5.14$, $p<.05$). Este resultado permite-nos concluir que as concepções da saúde e da doença, tal como foram elaboradas e analisadas neste estudo, são semelhantes entre utilizadores e não utilizadores da MAC, bem como entre sexos, salvo a diferença referida.

4.6. Avaliação subjectiva da eficácia

Aplicámos três análises de variância 2(Tipo de medicina: MOC vs. MAC) x 2(Prática: utilizadores MAC vs. não utilizadores MAC) x 2(Sexo: homem vs. mulher), com o primeiro factor intra-sujeito, sobre as respostas relativas à eficácia dos dois tipos de medicina para, respectivamente, a prevenção da doença, a promoção da saúde e o tratamentos das doenças (Quarta parte do questionário; ver Anexo 1).

Estas análises evidenciaram apenas um efeito significativo do tipo de medicina para o tratamento das doenças ($F(1,115)=30.87$, $p<.001$), que evidencia uma maior crença geral na eficácia da MOC no tratamento das doenças (MOC: 6.57; MAC: 5.45). Contudo, as três interacções entre tipos de medicina e prática foram significativas (prevenção da doença: $F(1,115)=21.15$, $p<.001$; promoção da saúde: $F(1,115)=39.05$, $p<.001$; tratamento das doenças: ($F(1,115)=40.72$, $p<.001$).

Como se pode observar das figuras 1 a 3, os utilizadores da MAC avaliam a MOC como sendo menos eficaz na prevenção, promoção e tratamento do que os não utilizadores (prevenção da doença: utilizadores: 4.76, não utilizadores: 5.78; $t(118)=2.74$, $p<.001$; promoção da saúde: utilizadores: 4.82, não utilizadores: 6.23; $t(118)=3.84$, $p<.001$; tratamento das doenças: utilizadores: 7.02, não utilizadores: 6.03; $t(118)=3.31$, $p<.001$).

FIGURA 1

Eficácia de cada tipo de medicina na prevenção da doença (1 = discordo totalmente; 9 = concordo totalmente)

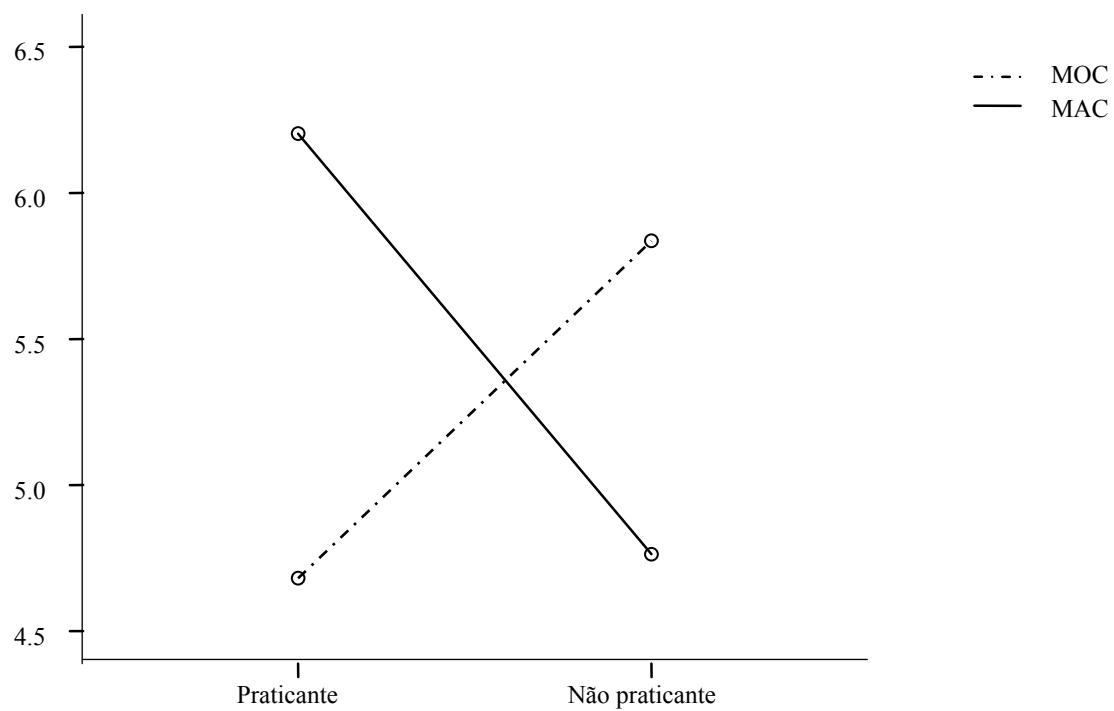


FIGURA 2

Eficácia de cada tipo de medicina na promoção da saúde (1 = discordo totalmente; 9 = concordo totalmente)

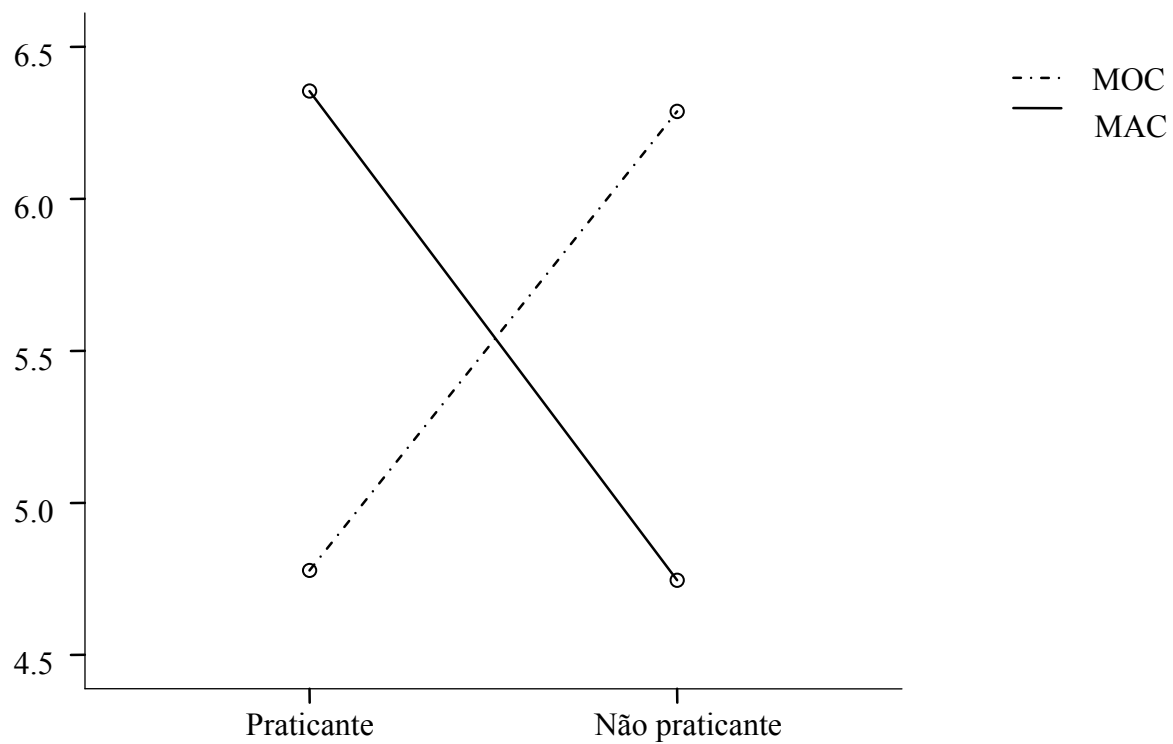
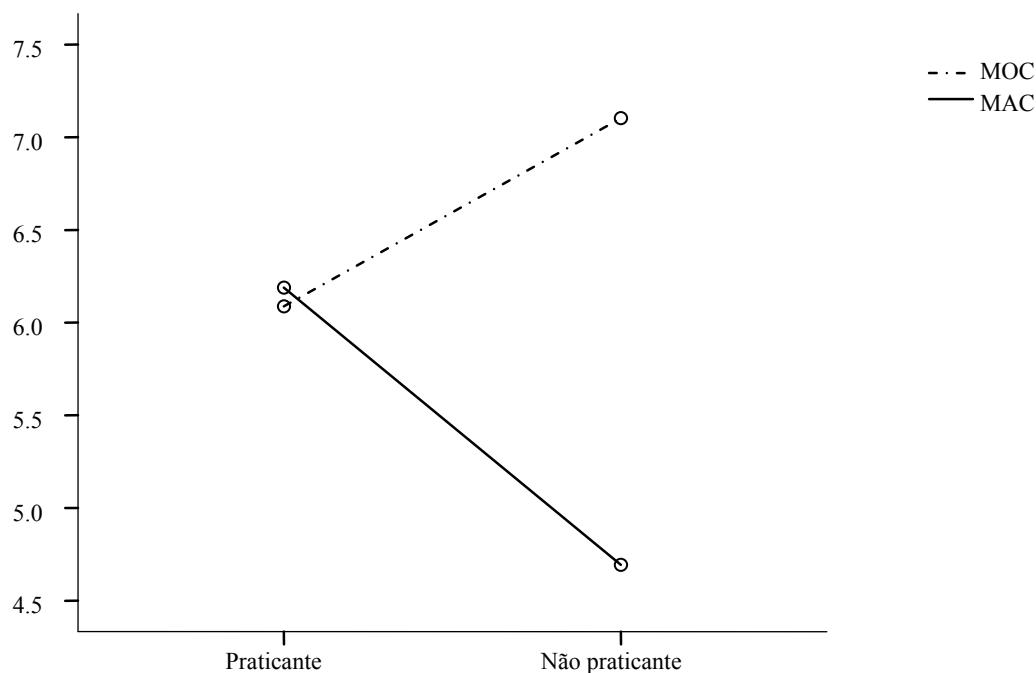


FIGURA 3

Eficácia de cada tipo de medicina no tratamento das doenças (1 = discordo totalmente; 9 = concordo totalmente)



Por seu turno, os utilizadores de MAC avaliam a MAC como sendo mais eficaz na prevenção, promoção e tratamento do que os não utilizadores (prevenção da doença: utilizadores: 6.22, não utilizadores: 4.76; $t(117)=4.43$, $p=.007$; promoção da saúde: utilizadores: 6.37, não utilizadores: 4.75; $t(117)=5.03$, $p<.001$; tratamento das doenças: utilizadores: 6.20, não utilizadores: 4.69; $t(117)=5.30$, $p<.001$). Este resultado confirma a nossa hipótese h3, na qual prevíamos que os respondentes utilizadores da MAC avaliassem a MAC como sendo mais eficaz no tratamento e prevenção da doença e na promoção da saúde do que os respondentes não utilizadores da MAC.

Pode-se também observar que, para os utilizadores da MAC, a MAC é mais eficaz para a prevenção da doença e para a promoção da saúde do que a MOC (prevenção da doença: MAC: 6.22, MOC: 4.72; $t(59)=3.74$, $p<.001$; promoção da saúde: MAC: 6.37, MOC: 4.82; $t(59)=4.32$, $p<.001$). A opinião inversa é expressa pelos não utilizadores

(prevenção da doença: MAC: 4.76, MOC: 5.78; $t(58)=2.76$, $p=.008$; promoção da saúde: MAC: 4.75, MOC: 6.29; $t(58)=4.61$, $p<.001$. Contudo, e ao contrário dos não utilizadores, os utilizadores da MAC não diferenciam a MAC e a MOC na sua eficácia para o tratamento das doenças (utilizadores: MAC: 6.20, MOC: 6.03; $t(59)=.59$, $p=.55$; não utilizadores: MAC: 4.69, MOC: 7.02; $t(58)=8.47$, $p<.001$).

CAPÍTULO V

CONCLUSÕES

CAPÍTULO V

CONCLUSÕES

Nesta investigação de cariz principalmente exploratório procuramos iniciar um processo de compreensão das razões e motivações implicadas na decisão de utilizar a Medicina Alternativa e Complementar (MAC), articulando-as com os elementos e estrutura das representações da MAC e Medicina Oficial/Convencional (MOC), e a análise das variações individuais ancoradas em realidades colectivas e psicológicas.

A representação da MAC reflecte elementos de atractividade que remetem para o natural, para a sua eficácia e filosofia holística, bem como para a prontidão e personalização no atendimento, e elementos relacionados com os riscos, o charlatanismo e a não regulamentação e institucionalização, como por exemplo o facto de não ser comparticipada. Por seu lado, os medicamentos e os efeitos secundários, a aceitação social, a ciência e tecnologia, as filas e listas de espera são elementos que constituem a representação da MOC encontrada. Parece-nos que a relevância atribuída, quer na representação da MAC ao elemento natural/sem efeitos secundários e, quer na representação da MOC ao elemento medicamento, revelam a centralidade dos efeitos indesejáveis associados aos medicamentos convencionais ou à ausência dos mesmos na representação de ambas as medicinas. Assim sendo, sugere que a consciencialização do risco associado aos efeitos indesejados dos fármacos convencionais – risco fabricado Giddens (1991) e Beck (1992) – e a procura do natural (Bensoussan, 1999) poderão ser factores que contribuem para esta diferença. Os resultados da comparação entre utilizadores da MAC e não utilizadores evidenciam que no sistema de pensamento dos utilizadores o elemento “efeitos secundários” é mais relevante na representação da MOC.

As razões e motivações para os indivíduos utilizarem a MAC parecem ser de duas ordens. Por um lado, insatisfação com a MOC e, por outro, atracção para com a MAC, sendo que principal fonte de veiculação da atractividade da MAC com influência na tomada de decisão foi a rede social do indivíduo, nomeadamente familiares e amigos - para alguns inquiridos a tomada de decisão foi entendida como um acto de responsabilidade pessoal. Os dados sugerem, que os participantes desta investigação

apoiaram a sua tomada de decisão de usar a MAC não tanto numa insatisfação face à MOC e mais em factores de atractividade para com a MAC, tais como: ser natural e não ter efeitos secundários; ser eficaz na prevenção da doença e promoção da saúde ; satisfação pela relação terapeuta-cliente estabelecida e pela filosofia que promove e ensina. Essas vantagens parecem superar a vantagem da base científica atribuída à MOC e a desvantagem da MAC de não ser comparticipada pelo Serviço Nacional de Saúde. De igual modo, a falta de bases científicas emergiu como uma desvantagem da MAC o que parece apoiar o reconhecimento de Vickers *et al.* (1997) e Levine *et al.* (1997) sobre a necessidade de constituição de uma medicina alternativa e complementar baseada na evidência científica.

Esta dinâmica entre as duas dimensões de razões e motivações para a utilização da MAC, parece-nos estar presente, sobre outra forma, nos resultados obtidos na análise das desvantagens da MOC. Assim, no sistema de pensamento dos utilizadores da MAC o factor de insatisfação “efeitos secundários” e, por outro lado, o factor de atractividade associado à MAC “filosofia holística”, que emerge pela negativa na MOC (“não holística”) são mais relevantes do que no sistema de pensamento dos não utilizadores. Nos utilizadores MAC o factor de atractividade da MAC “filosofia holística” influiu na avaliação das desvantagens da MOC.

De um modo geral, os resultados relativos à tomada de decisão de utilizar ou não a MAC parecem indicar que os utilizadores de MAC não baseiam muito a sua decisão de usar MAC em razões e motivações associadas à insatisfação com a MOC. Por seu lado, os não utilizadores quando evocam as suas razões para não utilizarem a MAC também não evocam muito uma satisfação para com a MOC. Em ambos os casos, o foco central da decisão foi a Medicina Alternativa e Complementar nas múltiplas dimensões que a constituem. Assim, parece que os utilizadores são mais movidos - na sua opção - pela atractividade da MAC e os não utilizadores, embora com reservas, não parecem querer fechar a porta a uma possível necessidade de no futuro poderem vir a utilizar a MAC. A maior relevância atribuída às categorias “complementar” e “útil” pelos não utilizadores de MAC enquanto vantagens da MAC parece reforçar estes resultados, assim como o acordo entre as duas categorias de respondentes acerca da necessidade de adopção de comportamentos que permitam preservar a saúde.

Os resultados obtidos relativamente à organização das razões e motivações para a utilização e não utilização da MAC, associados aos da ancoragem psicológica na avaliação subjectiva da eficácia, sugerem uma lógica de funcionamento mais pragmática do que “ideológica”, quer nos utilizadores quer nos não utilizadores, quando se trata de equacionar o uso ou não uso de uma terapia MAC.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abric, J.C.(1987). *Coopération, compétition et représentations sociales*. Cousset : Deval.
- Abric, J.C.(1994). *Pratiques sociales et représentations*. Paris: PUF.
- Astin, J.; Marie, A. ; Pelletier, K. ; Hansen E. & Haskell (2000). A review of the incorporation of complementary and alternative medicine by mainstream physicians. In P.B. Fontanarosa (Ed.), *Alternative Medicine. An Objective Assessment* (pp.34-43). Chicago: American Medical Association.
- Astin, J. (1998). Why patients use alternative medicine. *JAMA*, 279, 19, 1548-1553.
- Bates, D. (2002). Why not call modern medicine “Alternative”? *The Annals of the American Academy of Political and Social Science*, 583, 12-28.
- Beck, U. (1992). *Risk society: towards a new modernity*. London: Sage.
- Bensoussan, V. (1999). Complementary medicine – where lies its appeal? *The Medical Journal of Australia*, 170, 247-248.
- Bishop, F.; Yardley, L. & Lewith, G. (2006). Why do people use different forms of complementary medicine? Multivariate associations between treatment and illness beliefs and complementary medicine use. *Psychology and Health*, 21, 5, 683-698.
- BMA (1993). *Complementary Medicine. New Approaches to Good Practice*. London: British Medical Association.
- Calvo, M.; Domínguez, A. (2002). Medicina basada en la evidencia: una crítica filosófica sobre su aplicación en atención primaria. *Revista Española de Salud Pública*, 76, 115-120.

- Campos, A. (2008, 4 de Abril). Lei para regular produtos à base de plantas ficou no papel em 2004. *Público*, p. 4.
- Cant, S. & Sharma, U. (1999). *A new medical pluralism?: Alternative medicine, doctors, patients and the state*. London: Routledge.
- Carvalho, C. (2004). Do poder das palavras às palavras do poder. *Revista Portuguesa de Psicossomática*, 6, 001, 55-62.
- Coulter, I. (2007). Evidence based complementary and alternative medicine: promises and problems. *Forschende Komplementarmedizin*, 14, 102-108.
- Coulter, I. & Willis, E. (2004). The rise and rise of complementary and alternative medicine: a sociological perspective. *The Medical Journal of Australia*, 180, 587-589.
- Cristão, C. (2008, 12 de Abril). Plantas Perigosas. *Sol*, Suplemento Mundo Real, p.28.
- CRNOM. *Legalização de “Medicina Alternativas” e comparticipação de produtos homeopático*. Acedido a 31 de Maio de 2005 em www.ordemdosmedicos.pt/ie/institucional/snr/emfoco/emfoco6.htm.
- CMEC. *Guide to levels and kinds of evidence to support claims*. Acedido a 31 de Agosto de 2006 em <http://www.health.gov.au/tga/docs/pdf/tgaccevi.pdf>.
- Crook, S.; Pakulski, S. & Waters, M. (1992). *Postmodernisation: changes in advanced society*. London: Sage.
- Dacher, E. (1997). Towards a post-modern medicine. *Complementary Therapies in Nursing and Midwifery*, 3, 66-71.
- Deco (2001). *Terapias complementares e alternativas*. Lisboa: Edideco.
- Deconchy, J. (1971). *L'orthodoxie religieuse*. Paris: Les Editions Ouvrières.

Despacho da Direcção-Geral da Saúde (2008, 1 de Abril). Acedido a 6 de Abril de 2008 em www.dgs.pt.

Di Giacomo, J. (1986). Alliance et rejets intergroupes au sein d'un mouvement de revendication. In W. Doise & A. Palmonari (Eds.). *L'études des représentations sociales* (p.118-138). Paris: Larousse.

Diário Digital (2003). *Medicinas alternativas podem vir a ser regulamentadas em breve*. Acedido a 18 de Fevereiro de 2008 em www.diariodigital.sapo.pt.

Diário de Notícias (2007, 4 de Dezembro). *Portugueses ainda aderem pouco*, p. 11.

Dobbie, A.; Schneider, F.; Anderson, A. & Littlefield, J. (2000). What evidence supports teaching evidence-based medicine ? *Academic Medicine*, 75, 12, 1184-1185.

Doise, W. (1985). Les représentations sociales : définition d'un concept. *Connexions*, 45, 243-253.

Doise, W. (1989). Attitudes et représentations sociales. In D. Jodelet (Ed.), *Les représentations sociales*. Paris : PUF.

Doise, W. (1990). Les représentations sociales. In R. Ghiglione, C. Bonnet & J.F.Richard (Eds.). *Traité de psychologie cognitive*. Paris: Dunod.

Doise, W. (1992). L'ancrage dans les études sur les représentations sociales. *Bulletin de psychologie*, 45, 189-195.

Doise, W. (2002). *Direitos do homem e força das ideias*. Lisboa: Livros Horizonte.

Doise, W., Clémence, A. & Lorenzi-Cioldi, F. (1992). *Représentations sociales et analyses de données*. Grenoble: Presses Universitaires de Grenoble.

- Druss, B. & Rosenheck, R. (1999). Association between use of unconventional therapies and conventional medical services. *Journal of the American Medical Association*, 282, 651-656.
- Durkheim, E. (1898, 1996). Représentations individuelles et représentations collectives. In *Sociologie et philosophie*. Paris: PUF.
- Eastwood, H. (2000). Complementary therapies: the appeal to general practitioners. *The Medical Journal of Australia*, 173, 95-98.
- Eisenberg, D.; Davis, R. ; Ettner, S.; Appel, S. ; Wilkey, S.; Rompay, M. & Kessler, R. (1998). Trends in alternative medicine use in the United States, 1990-1997. *The Journal of the American Medical Association*, 280, 1569-1575.
- Eisenberg, D.; Kessler, R.; Foster, C.; Norlock, F.; Calkins, D. & Delbanco, T. (1993). Unconventional Medicine in the United States. *New England Journal of Medicine*, 328, 4, 246-253.
- Ernst, E. (2000). Prevalence of use of complementary/alternative medicine: a systematic review. *Bulletin of the World Health Organization*, 78, 2, 252-257.
- Esteves, F. (2008, 3 a 9 de Abril). Os erros que não têm cara. *Sábado*, 41- 46.
- Eurobarometer (2003). *Les Antibiotiques*. Acedido a 18 de Fevereiro de 2007 em <http://ec.europa.eu/health>.
- Eurobarometer (2006). *Medical Errors*. Acedido a 18 de Fevereiro de 2007 em <http://ec.europa.eu/health>.
- Farr, R. (1994). Representações sociais: a teoria e sua história. In P. Guareschi & S. Jovchelovitch (Eds). *Textos em representações sociais* (p. 31-62). Petrópolis: Editora Vozes.

- Fernandes, A. (2008). *Acupunctores protestam*. Acedido a 19 de Março de 2008 em www.jn.sapo.pt.
- Ferreira, P. (2008, 27 de Fevereiro). Medicamentos para a depressão ineficazes. *Destak*, p. 9.
- Fisher, P. & Ward, A. (1994). *Medicine in Europe: complementary medicine in Europe*. *British Medical Journal*, 309, 107-111.
- Fraissé, C. (2000). Influence da la fréquence de mise en oeuvre de pratiques sur une structuration inter-représentation. *Les cahiers internationaux de psychologie sociale*, 45, 85-97.
- Fraissé, C. (no prelo). Des pratiques magiques de soin: la médecine naturelle, une médecine alternative. In C. Bonardi, F. Girandola, N. Roussiau & N. Soubiale (Eds), *Psychologie sociale appliquée. Environnement, santé, qualité de vie*, 165-181.
- Friedson, E. (1970). *Profession of medicine*. New York: Harper & Row.
- Gartlehner, G.; Hansen, R.; Nissman, D.; Lohr, K. & Carey, T. (2006). A simple and valid tool distinguished efficacy from effectiveness studies. *Journal of Clinical Epidemiology*, 59, 10, 1040-1048.
- Giddens (1990). *The consequences of Modernity*. Cambridge: Polity press.
- Giddens (1991). *Modernity and Self-Identity. Self and Society in the Late Modern Age*. Cambridge: Polity press.
- Gordon, M. (1982). How socially distinctive is cognitive deviance in an emergent science? The case of parapsychology. *Social Studies of Science*, 12, 151-165.
- Hampton, S. (1979). Polymorphous concepts in semantic memory. *Journal of verbal learning and verbal behavior*, 441-461.

- Harris, P. & Rees, R. (2000). The prevalence of complementary and alternative medicine use among the general population: a systematic review of the literature. *Complementary Therapies in Medicine*, 8, 2, 88-96.
- Health Canada (2001). *Perspectives on Complementary and Alternative Health Care*. Ottawa: Health Canada.
- Helman, C. (1994). *Cultura, Saúde e Doença*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Herzlich, C. (1986). Représentation sociales de la santé et de la maladie et leur dynamique dans le champ social. In W. Doise & A. Palmonari (Eds.). *L'études des représentations sociales* (p.157-170). Paris: Larousse.
- Herzlich, C. (1972). La représentation sociale. In S. Moscovici (Ed.). *Introduction à la psychologie sociale* (p. 303-325). Paris: Larousse.
- Hyland, M. ; Lewith, G. ; Westoby, C. (2003). Developing a mesure of attitudes: the holistic complementary and alternative medicine questionnaire. *Complementary Therapies in Medicine*, 11, 33-38.
- House of Lords (2000). *Complementary and Alternative Medicine*. Acedido a 13 de Maio de 2006 em <http://www.parliament.the-stationery-office.co.uk/pa/Id199900/Idselect/Idsctech/123/12301.htm>.
- ICBAS. *Pós Graduação em Acupunctura*. Acedido a 23 de Fevereiro de 2008 http://sigarra.up.pt/icbas/cursos_geral.FormView?P_CUR_SIGLA=ACUP.
- ICS (2007). *Consulta aos Cidadãos Europeus*. Acedido a 11 de Janeiro de 2008 em <http://www.consulta-cidadaos-europeus.ics.ul.pt>.
- Inglis, B. (1964). *Fringe Medicine*. London: Faber & Faber.
- Jodelet, D. (1986). La representación social: fenómenos, concepto y teoria. In S.Moscovici (Ed.). *Psicologia social*, vol.II (p. 469-494). Barcelona: Paidós.

Jodelet, D. (2003). Pensamiento social e historicidad. *Relaciones* 93, XXIV, 99-113.

Jodelet, D. (2005). *Loucuras e representações sociais*. Petrópolis: Editora Vozes.

Jonas, W. (1997). Alternative Medicine. *The Journal of Family Practice* , 45,3, 4-7.

Jones, C. (2005). The spectrum of therapeutic influences and integrative health care: classifying health care practices by mode of therapeutic action. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 5, 937-944.

Jutte, R. (1995). The Professionalisation of Homoeopathy in the Nineteenth Century. In J. Woodward & R. Jutte (Eds.), *Coping with Sickness. Historical Aspects of Health Care in a European Perspective* (p. 45-66). Sheffield: European Association for the History of Medicine and Health Publications.

Jutte, R. (2001). Alternative Medicine and Medical-Historical Semantics. In R. Jutte, Eklof, M. & M.C. Nelson (Eds.), *Historical Aspects of Unconventional Medicine: Approaches, Concepts, Case Studies* (p. 11-26). Sheffield: European Association for the History of Medicine and Health Publications.

Lamy, S. (2007, 23 de Março). Antibióticos a mais, diz Deco. *Metro*, p. 2.

Levine, J.; Glass, T.; Kushi, L.; Schuck, J.; Steele, L. & Jonas, W. (1997). Quantitative methods in research on complementary and alternative medicine : a methodological manifesto. *Medical Care*, 35,11, 1079-1094.

MacLennan, A.; Wilson, D. & Taylor, A. (1996). Prevalence and cost of alternative medicine in Australia. *Lancet*. 347, 569-573.

Manso, L. (2007, 4 de Junho). EU abre pós-graduação em Medicina Chinesa. *Mundo Universitário*, p. 19.

Marques, J. (2004). *Raízes da Psicologia Social*. Manuscrito em preparação.

- Mead, G.H. (1934). *Mind, self and society from the standpoint of a social behaviorist*. Chicago: University of Chicago Press.
- Mendes, C. (2007, 23 de Março). Antibióticos prescritos sem necessidade pelos médicos. *Destak*, p. 6.
- Mendes, C. (2008, 23 de Março). Bruxelas assinala falta de médicos generalistas. *Destak*, p. 4.
- MNI (2001a). *Medicinas alternativas voltam hoje à Assembleia da República*. Acedido a 13 de Março de 2006 em <http://www.mni.pt>.
- MNI (2001b). *BE altera projecto-de-lei sobre medicinas alternativas*. Acedido a 13 de Março de 2006 em <http://www.mni.pt>.
- MNI (2001c). *Medicinas Alternativas voltam ao Parlamento com muitas audiências*. Acedido a 13 de Março de 2006 em <http://www.mni.pt>.
- MNI (2001d). *Farmacêuticos rejeitam reconhecimento geral das medicinas alternativas*. Acedido a 13 de Março de 2006 em <http://www.mni.pt>.
- MNI (2003e). *Medicinas Alternativas em debate no Parlamento*. Acedido a 13 de Março de 2006 em <http://www.mni.pt>.
- MNI (2005). *Terapias alternativas à espera: Regulamentação deve estar concluída até ao final do ano*. Acedido a 17 de Março de 2006 em <http://www.mni.pt>.
- MNI (2006). *Primeira pós-graduação portuguesa em Medicina Chinesa: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar inicia curso*. Acedido a 18 de Março de 2006 em <http://www.mni.pt>.

- Moffet, H. (2006). How might acupuncture work ? A systematic review of physiologic rationales from clinical trials. *BMC Complementary and alternative medicine*, 6, 25.
- Moscovici, S. (1961, 1976). *La psychanalyse, son image et son public*. Paris: PUF.
- Moscovici, S. (1981). On social representations. In J.P.Forgas (Ed.). *Social cognition: Perspectives on everyday understanding* (p. 181-209). London: Academic Press.
- Moscovici, S. (1988). Notes towards a description of social representations. *European Journal of Social Psychology*, 18, 211-250.
- Moscovici, S. (1989). Des représentations collectives aux représentations sociales: éléments pour une histoire. In D. Jodelet (Ed). *Les représentations sociales* (p. 62-81). Paris: PUF.
- Moscovici, S. (1994). Prefácio. In P. Guareschi & S. Jovchelovitch (Eds). *Textos em representações sociais* (p. 7-16). Petrópolis: Editora Vozes.
- Mintel (2003). *Consumers put their faith in complementary medicines*. Acedido a 13 de Março de 2008 em <http://www.mrweb.com/drno/frmemail.htm>.
- Mugny, G. & Carugati, F. (1985). *L'intelligence au pluriel. Les représentations sociales de l'intelligence et de son développement*. Cousset: Deval.
- National Center for the Complementary and Alternative Medicine (2006). *Get the Facts*. Acedido a 18 de Novembro de 2006 em <http://nccam.nih.gov/whatiscam/pdf/D347.pdf>.
- Negrão, L. (2005, 17 Abril). “Alternativas” vão ser regulamentadas. *Diário de notícias*.
- O'Connor, B.; Calabrese C.; Cardena E.; Eisenberg D.; Fincher J.; Hufford D.; Jonas W.; Kaptchuk T.; Martin S.; Scott A. & Zhang X. (1997). Defining and describing complementary and alternative medicine. Panel on Definition and Description,

CAM Research Methodology Conference, April 1995. *Alternative Therapies in Health and Medicine*, 3:49–57.

OMS (2002). *Estratégia de la OMS sobre a medicina tradicional 2002-2005*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

OMS, 1998. *Report: Technical Briefing on Traditional Medicine*. Manila: Oficina OMS para o Pacífico Ocidental.

Poeschl, G. (1992). *L'intelligence: un concep à la recherché d'un sens*. Thèse de doctorat: Université de Genève.

Poeschl, G. (2000). Trabalho doméstico e poder familiar: Práticas, normas e ideais. *Análise social*, XXXVI, 156, 15-26.

Poeschl, G. (2001). Social comparison and differentiation strategies in social representations of intelligence. *Swiss Journal of Psychology*, 60, 1, 15-26.

Poeschl, G. (2003). Teoria de las representationes sociales. In J.F. Morales & C.Huies (Eds.). *Estúdios de Psicologia Social* (p. 439-466). Madrid: UNED.

PortugalDiário (2007a). *Consultas hospitalares: 380 mil em lista de espera*. Acedido a 19 de Março de 2008 em <http://www.portugaldiario.iol.pt>.

PortugalDiário (2007b). *Listas de espera é problema “muito grave”*. Acedido a 19 de Março de 2008 em <http://www.portugaldiario.iol.pt>.

Rees, L. & Weil, A. (2001). Integrated medicine. *BMJ*, 322, 119-120.

Reilly, D. (2001). Comments on complementary and alternative medicine in Europe. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 7, 1, 23-31.

Reis, M. (2007). Medicina baseada na evidência. *Ser saúde*, 7, 14-26.

Relatório Lannoye (1997). *Sobre o estatuto das medicinas não convencionais* (DOCPO/RR/322/322066.dc PE 216.066/def.). Acedido a 7 de Novembro de 2006 em <http://www.europarl.europa.eu/sides/getDOC.do?pubRef=-//EP//TEXT+REPORT+A4-1997-0075+0+DOC+XML+V10//PT>.

Richards, D. (1998). Evidence based dentistry. *Evidence based dentistry* , 1, 1, 7-10.

Rodrigues, V. (2005). *Lóbi médico quer controlar acupunctura*. Acedido a 16 Fevereiro de 2008 em http://jn.sapo.pt/2005/09/23/sociedade/lobi_medico_quer_controlar_acupunctu.html.

Rodwin, M. (2001). The politics of Evidence-Based Medicine. *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 26, 2, 439-445.

Sampieri, R; Collado, C. & Lucio, P. (2006). *Metodologia de pesquisa*. São Paulo: McGraw-Hill Interamericana do Brasil.

Shang, A.; Karin, H.; Nartey, L.; Juni, P.; Dorig, S.; Sterne, J.; Pewsner, D. & Egger, M. (2005). *The Lancet*, 366, 726-732.

Sharma, U. (1992, 1995). *Complementary medicine today: Practitioners and patients*. London: Routledge.

Siahpush, M. (1999). Why do people favour alternative medicine? *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, 23, 3, 266-271.

Spence, M. & Ribeaux, P. (2004). Complementary and alternative medicine: consumers in search of wellness or an expression of need by the sick?. *Psychology & Marketing*, 21, 2, 113-139.

Stone, J. & Katz, J. (2005a). Can complementary and alternative medicine be classified?. In T. Heller, G. Lee-Treweek, J. Katz, J. Stone & S. Spurr (Eds.),

Perspectives on Complementary and Alternative Medicine (p. 33-58). London: Routledge.

Stone, J. & Katz, J. (2005b). Understanding health and healing. In T. Heller, G. Lee-Treweek, J. Katz, J. Stone & S. Spurr (Eds.), *Perspectives on Complementary and Alternative Medicine* (p. 143-171). London: Routledge.

Stone, J. (2002). *An ethical framework for complementary and alternative therapists*. London: Routledge.

Tataryn, D. (2002). Paradigms of health and disease: a framework for classifying and understanding complementary and alternative medicine. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 8, 6, 877-892.

Thomas, K.; Carr, J.; Westlake, L. & Williams, B. (1991). Use of non orthodox and conventional health care in Great Britain. *British Medical Journal*, 302, 207-210.

Vala, J. (1993). Representações sociais – para uma psicologia social do pensamento social. In J. Vala & M.B. Monteiro (Eds.), *Psicologia Social* (p. 353-367). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

Vala, J. (2005). A análise de conteúdo. In A.S. Silva & J.M. Pinto (Orgs.), *Metodologia das Ciências Sociais* (p. 101-128). Porto: Edições Afrontamento.

Vala, J. (2004). Representações sociais e psicologia social do conhecimento quotidiano. In J. Vala & M.B. Monteiro (Eds.), *Psicologia Social* (p. 457-502). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

Valentim, A.J. (1997). *Representações sociais da droga e da toxicodependência*. Tese de Mestrado: ISCTE.

Vergès, P. (1989). Représentations sociales de l'économie: une forme de connaissance. In D. Jodelet (Ed.), *Les représentations sociales* (p. 387-405). Paris: PUF.

- Vickers, A.; Cassileth, B.; Ernst, E.; Fisher, P.; Goldman, P.; Jonas, W.; Kang, S.; Lewith G.; Schulz K. & Silagy C. (1997). How should we research unconventional therapies? A panel report from the conference on complementary and alternative medicine research methodology, National Institutes of Health. *International Journal of Technology Assessment in Health Care*, 13, 111-121.
- Wahlberg, A. (2007). A quackery with a difference – New medical pluralism and the problem of “dangerous practitioners” in the United Kingdom. *Social Science & Medicine*, 65, 2307-2316.
- Zollman, C. & Vickers, A. (1999). ABC of complementary medicine: users and practitioners of complementary medicine. *British Medical Journal*, 319, 836-839.

ANEXOS

ANEXO 1

Questionário

Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação
Universidade do Porto

O presente questionário encontra-se inserido num projecto de investigação que tem por objectivo estudar atitudes e comportamentos em relação às práticas de cuidados de saúde e às situações de saúde e de doença. O questionário é anónimo e todas as respostas se destinam exclusivamente a análise estatística. Não existem respostas certas ou erradas. Apenas a sua opinião sincera nos interessa.

A saúde e a doença são temas bastante actuais na nossa sociedade, bem como os meios aos quais as pessoas recorrem para preservar a saúde e ultrapassar a situação de doença. Na actualidade, identificam-se uma variedade de possibilidades: a par da medicina inserida no sistema nacional de saúde (por exemplo, hospitais e centros de saúde), também conhecida como medicina convencional ou oficial, têm ganho visibilidade as denominadas medicinas alternativas/complementares, não inseridas no sistema nacional de saúde.

1. Gostaríamos de saber se nos últimos 5 anos utilizou alguma medicina alternativa/complementar:

Sim ☐ Não ☐

Se não:

Na sua opinião a que medicina(s) alternativa(s)/complementar(es) acha que as pessoas recorrem?

Se sim:

1.a. Qual ou quais?

1.b. Se actualmente utiliza alguma medicina alternativa/complementar, indique qual ou quais?

2. Se respondeu **não** na questão 1 pedimos-lhe que responda à questão **2.1.** Depois de responder avance para a pergunta 3.

Se respondeu **sim** na questão 1 pedimos-lhe que responda à questão **2.2.** Depois de responder avance para a pergunta 3.

2.1. Em sua opinião, que razões e motivações identifica como tendo sido importantes para não ter utilizado/utilizar a(s) medicina(s) alternativa(s)/complementar(es)?

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____
7. _____
8. _____
9. _____
10. _____

11. _____

12. _____

2.2. Em sua opinião, que razões e motivações identifica como tendo sido importantes para ter utilizado/utilizar a(s) medicina(s) alternativa(s)/complementar(es)?

1. _____

2. _____

3. _____

4. _____

5. _____

6. _____

7. _____

8. _____

9. _____

10. _____

11. _____

12. _____

3. O que lhe sugere a palavra **Medicina Convencional/Oficial** e a palavra **Medicina Alternativa/Complementar**? Agradecemos que referisse 5 palavras ou pequenas expressões que lhe venham à mente quando pensa em **Medicina Convencional/Oficial** e quando pensa em **Medicina Alternativa/Complementar**:

Medicina Convencional/Oficial	Medicina Alternativa/Complementar
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

4. As questões seguintes são colocadas em forma de escala o que lhe permite responder através da colocação de uma cruz no espaço que melhor traduz a sua posição. Pedimos-lhe que leia as afirmações seguintes e que coloque uma cruz no quadrado que corresponde à sua opinião (em termos gerais):

Exemplo

O verão é mais agradável do que a primavera												
<i>Discordo</i> <i>totalmente</i>	<table border="1" style="border-collapse: collapse; margin: auto;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">X</td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>			X								<i>Concordo</i> <i>totalmente</i>
		X										

A medicina convencional/oficial é eficaz na prevenção da doença												
<i>Discordo</i> <i>totalmente</i>	<table border="1" style="border-collapse: collapse; margin: auto;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>											<i>Concordo</i> <i>totalmente</i>

A medicina alternativa/complementar é eficaz na prevenção da doença												
<i>Discordo</i> <i>totalmente</i>	<table border="1" style="border-collapse: collapse; margin: auto;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>											<i>Concordo</i> <i>totalmente</i>

A medicina convencional/oficial é eficaz na promoção da saúde												
<i>Discordo</i> <i>totalmente</i>	<table border="1" style="border-collapse: collapse; margin: auto;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>											<i>Concordo</i> <i>totalmente</i>

A medicina alternativa/complementar é eficaz na promoção da saúde												
<i>Discordo</i> <i>totalmente</i>	<table border="1" style="border-collapse: collapse; margin: auto;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>											<i>Concordo</i> <i>totalmente</i>

A medicina convencional/oficial é eficaz no tratamento das doenças												
<i>Discordo</i> <i>totalmente</i>	<table border="1" style="border-collapse: collapse; margin: auto;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>											<i>Concordo</i> <i>totalmente</i>

A medicina alternativa/complementar é eficaz no tratamento das doenças												
<i>Discordo</i> <i>totalmente</i>	<table border="1" style="border-collapse: collapse; margin: auto;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>											<i>Concordo</i> <i>totalmente</i>

5. De seguida, pedimos-lhe que nos referia o que para si pode ser uma vantagem (aspectos positivos) e uma desvantagem (aspectos negativos) da medicina convencional/oficial e da(s) medicina(s) alternativa(s)/complementar(es).

Medicina Convencional/Oficial	Medicina Alternativa/Complementar
↑ Vantagem ↑	
1. _____	1. _____
2. _____	2. _____
3. _____	3. _____
4. _____	4. _____
5. _____	5. _____

Medicina Convencional/Oficial	Medicina Alternativa/Complementar
↓ Desvantagem ↓	
1. _____	1. _____
2. _____	2. _____
3. _____	3. _____
4. _____	4. _____
5. _____	5. _____

6. Gostaríamos que completasse as seguintes frases com três palavras ou ideias que considere principais:

Para mim, **saúde** é...

a) _____

b) _____

c) _____

Para mim, **doença** é...

a) _____

b) _____

c) _____

Para terminar pedimos-lhe que responda às seguintes questões:

Idade: _____ anos

Sexo: masculino ☐ feminino ☐

Habilitações literárias:

☐ 4º ano de escolaridade ☐ 6º ano de escolaridade ☐ 9º ano de escolaridade

☐ Ensino secundário ☐ Bacharelato/Licenciatura ☐ Pós-graduação

Qual a sua situação profissional/profissão? _____

Situe-se politicamente de acordo com a escala seguinte:

Esquerda | | | | | | | | | *Direita*

A sua religião é:

☐ Nenhuma ☐ Católica ☐ Muçulmana ☐ Judaica ☐ Outra: _____

Face à sua religião considera-se:

Não Praticante | | | | | | | | | *Praticante*

Obrigado pela sua colaboração.

Caso seja do seu interesse receber informação sobre os resultados finais da investigação em que acabou de participar poderá contactar o investigador através do e-mail: bruno_agsilva@yahoo.com. Se, assim o preferir, poderá fornecer o contacto de e-mail _____ para o qual deseja que a informação lhe seja enviada.

ANEXO 2

Dicionário

Acupunctura – Variedade de procedimentos que envolvem a estimulação de pontos anatómicos na pele através de variadas técnicas. O mecanismo de estimulação mais recorrente consiste na penetração da pele com agulhas metálicas finas, que são manipuladas manualmente ou por estimulação eléctrica. Esta última técnica é designada, no Ocidente, por *electroacupunctura*. Quando o paciente é um adulto com hipersensibilidade ou uma criança a estimulação dos pontos de acupunctura pode fazer-se recorrendo ao raio *laser*. Segundo a Medicina Tradicional Chinesa, o fluxo de energia congestionado nos órgãos, será normalizado através da estimulação dos pontos anatómicos, reequilibrando-se assim o “excesso” ou “carência” de *Yin* e *Yang*.

Homeoptia – sistema médico estruturado por Samuel Hahnemann (1755-1843) cujo primeiro pilar é a lei da similitude: “ para curar de modo suave, rápido, certo e duradouro deve escolher-se um medicamento que provoque uma doença similar à que se pretende curar”. Segundo Hahnemann todos os homens possuem dentro de si uma força vital, que também pode ser designada por constituição saudável ou auto-regulação. Os sintomas resultam das alterações internas, isto é, da perturbação das funções normais. A homeopatia distingue-se pelos seus remédios, que existem sob a forma de comprimidos, gotas, granulados ou pomadas, elaborados com base em substâncias (substâncias primitivas) muito diluídas, de acordo com a prescrição da farmacologia homeopática.

Medicinas Orientais – Medicina Tradicional Chinesa (com origem há cerca de 3 mil anos, as suas bases assentam nos princípios do confucionismo e do taoismo; ambas as filosofias perseguem o ideal da harmonia entre o corpo e o espírito); Medicina Ayurveda (do sânscrito *ayur*, vida, e *veda*, conhecimento, é o sistema indiano de “leis da saúde”; teve origem há cerca de 3500 anos e visa o alcançar de uma vida saudável através da harmonização das funções biológicas e psíquicas e o equilíbrio entre os indivíduos e o seu ambiente) e Medicina Tradicional Japonesa (resulta da chegada ao Japão da medicina tradicional chinesa, através da Coreia, e da influência de outras tradições asiáticas, como a Ayurveda.

Reiki – palavra japonesa que significa “energia divina”. De acordo com os seus praticantes, a “força vital que preenche o Universo” pode ser transmitida através da imposição das mãos do terapeuta junto ao corpo do doente, exercendo o seu efeito curativo nos locais onde o “fluxo de energia” se encontra “bloqueado” no organismo.

Hidroterapia – técnica de aplicação de água, cujos efeitos devem-se aos estímulos térmicos (energia térmica – terapia com base no frio e no calor), à pressão da água e ao contacto com a pele. Os estímulos exercidos sobre a pele e as articulações são transmitidos a outras parte do

corpo. O sistema metabólico, o sistema circulatório e o sistema imunitário são assim, também, estimulados.

Cromoterapia – utilização da cor como recurso terapêutico. Estas podem ser utilizadas através da: cromopuntura (acupuntura cromática); cromoterapia activa (terapeutas solicitam aos pacientes que façam pinturas utilizando diversas cores); exposição a raios de luz coloridos (terapeuta dirige raio de luz emitido por um equipamento para as zonas do corpo a tratar), entre outras. A ideia subjacente à terapia fotocromática (utilização de raios de luz coloridos para fins terapêuticos) parte do princípio de que podem ser atribuídas determinadas características terapêuticas às cores e de que estas podem ser transmitidas ao corpo por meio da emissão de raios de luz (Ex.: vermelho: estimulante, dinamizador; verde: calmante e harmonizador).

Tratamento com aplicações de argila – Bolsas de lodo ou lama, aquecidas, são aplicadas nas partes do corpo a tratar. As matérias terrosas contêm um número elevado de substâncias químicas, mas o principal efeito deve-se à capacidade de acumular o calor durante extensos períodos de tempo e transferi-lo, demorada e uniformemente, para as zonas corporais a tratar.

Massagem – terapia à base de estímulos - o “toque” é entendido como a forma mais antiga de cura: instintivamente tocamos, premimos ou esfregamos as zonas doridas do corpo. Os estímulos aplicados levam o organismo a reagir de forma dinâmica, activando funções corporais e as capacidades de autocura. Reveste-se de diferentes variantes: clássica; drenagem linfática; massagem com jacto de pressão; massagens das zonas reflexas.

Osteopatia – Do grego *osteon* (aparelho motor) e *phatos* (doença), a osteopatia foi criada no final do século XIX pelo médico norte-americano Andrew Taylor Still e baseia-se na ideia de que a estrutura e função fisiológica estão intimamente relacionadas. Para Still a estrutura do aparelho locomotor era fundamental à manutenção da saúde. A prática da osteopatia foi posteriormente desenvolvida por osteopatas como Fryette, que introduziu o conceito de “lesão total” para incluir o estilo de vida, alimentação e factores psicossomáticos como factores que compõem as doenças. Tradicionalmente, os osteopatas actuam sobre o sistema dos músculos do esqueleto.

Quiropráxia – Do grego *quiros*, que significa mãos, e *praxis*, cura, a quiroprática foi desenvolvida pelo canadiano Daniel David Palmer no final do século XIX. O principal objectivo do quiroprático é identificar desalinhamentos na coluna vertebral, chamadas subluxações, que interferem na comunicação do sistema nervoso central com outros órgãos.

Através de ajustamentos (acção de impulsão aplicados com as mãos), de exercícios de reabilitação, conselhos sobre os estilos de vida ou alimentação pretende remover tais lesões.

Reflexologia – Em 1913, William Fitzgerald (1872-1942) desenvolveu um *terapia por zonas*, na qual o corpo é dividido em dez partes, defendendo que com a pressão em qualquer ponto de uma dessas zonas era possível actuar sobre os órgãos que se encontravam no interior. Nos anos 30, a terapeuta Eunice Ingham desenvolveu alguns aspectos deste conceito mas, em vez de colocar a actuação nas diversas zonas do corpo, concentrou-se nos pés. A massagem das áreas reflexas estendeu-se também a zonas como a cabeça, mãos e orelhas, embora a massagem na planta dos pés continua a ser a mais utilizada. De acordo com o princípio *pars pro toto* (a parte pelo todo) pensa-se que todo o corpo está representado no pé (reflexologia podal). Alterações de pele num determinado local da planta do pé, ou se a pressão de determinados pontos específicos provoca dor, isso pode significar que o órgão tido como correspondente está doente. Ao estimular a circulação sanguínea, a massagem visa remover os resíduos metabólicos que afectam determinada zona. Outros tipos de reflexologia baseiam-se na ideia de que todo o corpo pode ser influenciado por uma das suas partes.

Fisioterapia – "Centra-se na análise e avaliação do movimento e da postura, baseadas na estrutura e função do corpo; utilizando modalidades educativas e terapêuticas específicas, com base, essencialmente, no movimento, nas terapias manipulativas, e em meios físicos e naturais, com a finalidade de promoção da saúde e prevenção da doença, da deficiência, da incapacidade e da inadaptação e de tratar, habilitar ou reabilitar, utentes/clientes com disfunções de natureza física, mental, de desenvolvimento ou outras, incluindo a dor, com o objectivo de os ajudar a atingir a máxima funcionalidade e qualidade de vida"

Ministério da Saúde-Dec.Lei nº261/93 de 24 de Julho

Yoga – originalmente concebido como um sistema de auto-conhecimento de oito níveis cujo objectivo seria alcançar a “libertação”. Os dois primeiros níveis referem-se, essencialmente, à relação do homem consigo mesmo e com aqueles que o rodeiam. Os níveis três e quatro são constituídos por diversos exercícios respiratórios e físicos. Os níveis de cinco a sete, pretendem potenciar as capacidades de abstracção e concertação interior, através de exercícios de meditação. O oitavo e último nível constitui o objectivo máximo do iogue: alcançar um estado de felicidade absoluta e de paz interior. Ainda hoje, na Índia se pratica o ioga clássico de 8 níveis. Na Europa, é frequente os praticantes dedicarem-se aos exercícios respiratórios e físicos do *hatha ioga* (estabelece uma ponte entre os antigos mestres e a vida moderna; ensina a

controlar a mente através das posturas físicas – *asanas* –, do controlo da respiração – *pranayama*– e do relaxamento profundo), sobretudo, como ajuda à manutenção da forma física e redução do stress.

Produtos Naturais e Ervanárias – agrupa respostas que remetem para a noção “Farmácia da Natureza”. Pode assumir a forma de produtos fabricados a partir de substâncias naturais ou a de plantas medicinais, ou parte delas, que após de secas são postas à venda.

Naturapatia – procura a manutenção da saúde, mais do que a cura de doenças. Tem por base as ideias de Hipócrates e desenvolveu-se após o *boom* da Revolução Industrial, no século XIX. Os naturopatas acreditam que desequilíbrio do organismo é provocado por toxinas acumuladas pela má alimentação, hábitos prejudiciais à saúde (ex.: fumo, sedentarismo). Muitas vezes entendida como uma filosofia de vida, entende que o corpo tem a capacidade de se curar a si próprio através do contacto com a natureza. Quando o organismo está em desequilíbrio, para alcançar novamente o equilíbrio seria necessário activar o contacto com a natureza, através da nutrição e dietética, o jejum, a massagem, a hidroterapia, técnicas de respiração e outras terapias.

Mesoterapia – consiste na aplicação de medicamentos através de micropicadas intra-dermicas de tal modo que a sua acção se faça directa e exclusivamente na(s) zona(s) a tratar, aumentando a sua eficácia e rapidez de actuação ao “curto-circuitar” o trajecto que esses medicamentos fariam por via geral e reduzindo assim ao mínimo os efeitos secundários que aqueles pudessem vir a ter.

Aromaterapia – apresentada, sobretudo, como um método de autotratamento para situações em que haja ligeiras perturbações do estado de saúde, recorre ao auxílio de aromas vegetais extraídos das folhas, flores, cascas, sementes e frutos de plantas e árvores, que poderão, também, ser de origem sintética. As essências utilizadas para a obtenção dos aromas são conhecidas como óleos essenciais. Para os aromaterapeutas o potencial de energia contido nas plantas pode ser transmitido aos homens, podendo os óleos essenciais ajudar a restaurar o equilíbrio entre o corpo e a mente, através da ajuda que fornecem na mobilização das capacidades de autocura do organismo.

Hipnoterapia – terapia que faz uso da hipnose. Durante a hipnose, a função cardíaca, a tensão arterial, a circulação, o metabolismo e o sistema vegetativo são normalizados. A respiração e a actividade intestinal reduzem o seu ritmo. Na hipnose, forma especial de vigília denominada por *transe*, a capacidade de assimilação de sugestões, ou seja, de influências, é bastante elevada. As sugestões podem induzir pensamentos e acções, bem como, influenciar determinados estados

físicos. No entanto, não é possível “desligar” a vontade do hipnotizado. Nos países europeus, tem sido utilizada no alívio das dores, em situações pré-operatórias e na psicoterapia. Utiliza-se, também, na denominada “terapia das vidas passadas”.

Medicina Popular – práticas - e seus agentes de cura – que em determinado contexto cultural e momento histórico são entendidas como baseadas em crenças herdadas e elaboradas culturalmente. Exprime o conjunto de conhecimentos e crenças criados pelo povo, quer dizer, pelos profanos não profissionais, e que abarca praticamente os mesmos domínios da medicina tradicional: dietética e produtos vegetais, rituais, manipulações físicas e o religioso. Não apresentam sistemas de regulamentação profissional e de controlo (ex.: curandeiros; receitas populares ancestrais).

Fontes:

Deco (2001). *Terapias complementares e alternativas*. Lisboa: Edideco.

Folclore de Portugal. *Medicina Popular*. Acedido a 23 de Junho de 2007 em <http://www.folclore-on-line.com/medicina/menu.html>

Ministério da Saúde – Dec.Lei nº261/93 de 24 de Julho.

Shealy, C. (2000). *O guia das terapias alternativas*. Lisboa: Livros e Livros.